

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

203

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 mars 1907, à 1 heure

PAR

Henri RAOULX

Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique ophtalmologique
de l'Hôtel-Dieu

COMPLICATIONS

et conséquences tardives

DES

DÉCOLLEMENTS DE LA RÉTINE

Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur.

LE DENTU, Professeur.

Juges : MM. { BERGER, Professeur.

MORESTIN, Agrégé.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

203

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 mars 1907, à 1 heure

PAR

Henri RAOULX

Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique ophtalmologique
de l'Hôtel-Dieu

COMPLICATIONS

et conséquences tardives

DES

DÉCOLLEMENTS DE LA RÉTINE



Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, Professeur.
BERGER, Professeur.
MORESTIN, Agrège.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1907

FACULTÉ DE MEDECINE, DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFTEL (chef des
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	travaux anatomiques.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	Vaquez.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DESGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SOEUR

A MON ONCLE LÉON RAOULX

A MA TANTE COUSIN

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

JULES ROUX

Inspecteur général du Service de Santé de la marine

Commandeur de la Légion d'honneur

Membre correspondant de l'Académie de médecine

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Ancien doyen de la Faculté de médecine de Lille
Professeur de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine
à l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

Nous ne saurions terminer nos études de médecine et présenter notre thèse, sans adresser un souvenir respectueusement reconnaissant à ceux de nos maîtres qui nous ont guidé de leurs conseils et mis avec tant d'amabilité à notre disposition leur temps et leurs lumières.

C'est dans le service du docteur Blum, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, que nous avons appris à aimer la chirurgie ; durant un an nous avons eu le privilège de recevoir l'enseignement du docteur Courtois-Suffit, médecin à la Maison-Dubois, qui fut pour nous le maître le plus accueillant et le plus bienveillant des chefs de service.

M. le professeur De Lapersonne, sous l'inspiration duquel a été faite cette thèse à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, a droit à toute notre gratitude. C'est lui qui nous a dirigé par son enseignement éclairé, et c'est avec la plus grande bonté qu'il nous a prodigué ses conseils. Nous lui adressons l'hommage de notre reconnaissance respectueuse.

Nous remercions aussi, pour l'aide qu'ils nous ont ap-

porté dans nos recherches, M. le docteur Terrien, oculiste à l'hôpital des Enfants-Malades, M. le docteur Cantonnet, chef de clinique adjoint.

Nous adressons également nos remerciements pour l'accueil bienveillant qu'ils nous firent dans le service du professeur De Lapersonne, à M. le docteur Monthus, chef de clinique, à M. le docteur Pley, chef des travaux d'optique, et à MM. les docteurs Joseph et Landolt, assistants de la clinique ophtalmologique.

C'est à notre oncle, M. le docteur Sedan, de Marseille, qui nous témoigna toujours la plus vive sollicitude, que nous devons d'avoir orienté nos études vers l'ophtalmologie et par ses soins, M. le docteur Galezowski et son fils nous firent dans leur clinique l'accueil le plus cordial.

INTRODUCTION

Le décollement de la rétine est une affection qui a donné lieu à de nombreux travaux. On a étudié tour à tour sa symptomatologie, son anatomie pathologique, son étiologie, son traitement, et certes il est peu de question d'oculistique qui ait donné naissance à une telle production littéraire. Mais dans son étude il est un point que l'on a laissé dans l'ombre et dont il ne s'agit dans les ouvrages que d'une façon incidente, ce sont les complications qui peuvent survenir dans un œil atteint de décollement de la rétine.

Nous retrouvons un peu partout que le pronostic du décollement de la rétine est sévère, que les yeux atteints de cette affection sont susceptibles de présenter des inflammations du tractus uvéal (iritis, irido-cyclites, irido-choroïdites); la cataracte est une affection souvent signalée chez eux, enfin on sait qu'ils aboutissent souvent à l'amaurose et à la phtisie du bulbe. Mais ces observations et communications éparses n'ont jamais été classées, discutées afin de savoir quelle est la fréquence de ces affections, à quel moment elles apparaissent, quelles sont les causes

qui les font naître, quelle est leur gravité et l'influence du traitement sur leur évolution, comment elles se terminent et quelles sont leurs conséquences.

C'est là un point qui nous a paru intéressant d'éclaircir afin d'essayer d'en tirer des conclusions au sujet de la conduite à tenir dans la pratique journalière.

CHAPITRE PREMIER

Les complications du décollement de la rétine.

Les décollements de la rétine, qui donnent lieu le plus fréquemment à des complications, se produisent dans des yeux sur lesquels retentit l'intoxication de l'organisme créée par une maladie diathésique ou infectieuse. Il n'y aura donc rien d'étonnant à ce que ce soit le tractus uvéal, membrane vasculaire de l'œil, qui soit le premier lésé et que son état pathologique retentisse sur les parties du globe qui reçoivent de lui les matériaux nécessaires à leur nutrition. Les affections qui ont été le plus souvent signalées comme provenant dans un œil atteint de décollement de la rétine sont l'iritis, la cyclite, l'irido-choroïdite, le glaucome et la cataracte.

A. — *Iritis.*

L'iritis est une complication fréquente, souvent précoce, du décollement de la rétine.

Comment se produit-elle ?

Dans l'œil d'un malade atteint de décollement de la rétine, on constate un peu de rougeur, de larmoiement, de photophobie. Si chez ce malade le décollement de la rétine n'était pas diagnostiqué, nous verrons plus loin que les décollements antérieurs se compliquent très rapidement d'inflammation du tractus uvéal et sont très difficilement décelés, nous constaterons de la décolbraation de l'iris, la pupille réagira paresseusement à la lumière, nous observerons de l'injection ciliaire, mais rien ne pourra nous faire supposer la cause de cette iritis. Pour nous en rendre compte il faudrait atropiniser l'œil en question et observer avec grand soin la périphérie de sa rétine pour constater le décollement.

Chez un autre le décollement peut être diagnostiqué depuis quelque temps, on a institué un traitement par le bandeau compressif par exemple ou par les injections sous-conjonctivales. Le bandeau exerçait une compression trop forte et le malade se plaignait de douleurs, ou encore en pratiquant l'injection sous-conjonctivale, on a commis une faute contre la technique et la rigoureuse asepsie qu'il faut observer, et le malade se présente avec tous les signes d'une iritis violente.

Enfin chez un troisième on traite un décollement de la rétine de la façon la plus anodine, une iritis éclate brusquement et résiste à toute la thérapeutique usitée localement en pareil cas ; il s'agit là d'un arthritique et d'un gouteux chez lequel de l'hygiène et un régime feront rapidement rétrocéder les phénomènes oculaires. Parmi ceux-ci, qui sont les si-

gnes de l'iritis, quels sont ceux qui sont spéciaux au décollement rétinien.

Le tonus oculaire dans l'iritis n'est jamais modifié, si nous trouvons un léger abaissement de la tension, si la palpation du globe n'est pas douloureuse, ce qui indiquerait une cyclite, il nous sera permis de songer à un décollement.

Si nous ne constatons point dans la chambre antérieure d'exsudats pouvant gêner la vision, que l'œil présente peu de photophobie, que l'acuité visuelle soit très faible, par conséquent hors de proportion avec les troubles signalés, nous pourrons porter le diagnostic d'iritis consécutif à un décollement de la rétine.

Nous n'avons pas parlé à dessein de l'examen ophtalmoscopique du fond d'œil après instillation d'atropine qui viendra établir d'une façon définitive l'existence du décollement.

L'affection, si elle succède à l'inflammation causée par l'injection d'une solution trop concentrée sous la conjonctive sera généralement bénigne, l'œil sera rouge, l'iris à peine décoloré, la pupille réagissant plus lentement, et quelques gouttes d'atropine, l'interruption du traitement pendant quelques jours suffiront à la faire recéder.

Si au contraire le malade est un rhumatisant, un gouteux, un syphilitique, les phénomènes seront bien plus violents, la pupille sera contractée au maximum, l'iris verdâtre, nous constaterons des exsudats dans la chambre antérieure, parfois de l'hypopion et de l'hyphema. Enfin des synéchies postérieures feront adhérer l'iris à la cris-

talloïde antérieure et laisseront leurs traces après leur rupture, sous forme d'un dépôt pigmentaire.

Au point de vue de la fréquence de cette complication, on peut dire qu'elle est très souvent constatée et se produit avec une si grande facilité que l'on a pu proposer d'instiller d'une façon préventive de l'atropine lorsqu'on intervient sur un œil atteint de décollement de la rétine. Sur les 117 malades de Nordenson, 17 en furent atteints, et 3 fois l'iritis se compliqua de cyclite, ce qui fait 20 cas.

Parmi les 170 cas de Gros, nous l'avons retrouvé 9 fois seulement, mais ses observations, assez courtes, s'arrêtent généralement à la constatation du décollement de la rétine.

Sur 10 observations personnelles, nous l'avons constaté une fois seul et deux fois combiné à la cyclite.

Le plus souvent son apparition est assez précoce, et c'est entre huit jours et deux mois après le décollement qu'on la voit se produire. Il faut, bien entendu, mettre à part les iritis consécutives au traitement; dans ce cas, comme nous avons pu l'observer une fois, c'est deux ou trois jours après que l'œil devient rouge et que se montrent les signes de la complication.

Le diagnostic positif s'imposera par les symptômes d'iritis joints à ceux du décollement de la rétine. La décoloration de l'iris, l'affaiblissement de la réaction pupillaire, l'injection ciliaire, la photopsie, le larmolement en même temps que la diminution du tonus, sans douleurs provoquées à la palpation, les troubles visuels caractéris-

tiques souvent sans exsudats dans la chambre antérieure, enfin l'examen ophtalmoscopique du fond d'œil ne laisseront pas de doute. Il sera rarement nécessaire d'avoir recours à l'interrogatoire du malade pour être fixé.

Par ses caractères bien nets il sera facile de le différencier des autres affections oculaires qui pourraient le rappeler.

Le pronostic immédiat de l'iritis dans un œil atteint de décollement est bénin. Le plus souvent elle rétrocedera sous l'action d'instillations d'atropine, de compresses chaudes. Si l'affection résiste à cette médication, c'est qu'alors elle a des racines plus profondes, il faudra s'enquérir de l'état général et le traiter.

Je n'en veux comme exemple que le cas rapporté par le professeur De Lapersonne. Un de ses collègues d'une Faculté de province, myope de quatre dioptries, gros, arthritique et faisant de la rétention intestinale, est atteint brusquement d'un décollement de la rétine. On le soigne par la compression et les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium.

Deux mois après le début de ce traitement on est obligé de le suspendre à cause de l'apparition d'une iritis. On fait au malade des instillations intra-oculaires d'atropine et on institue un traitement anti-arthritique. Régime végétarien, lait, purgatifs fréquents, iodure de potassium. Au bout de quelque temps on constata non seulement une amélioration de l'iritis, mais encore du décollement.

Tous les cas ne se terminent pas si heureusement, parfois des poussées successives d'iritis, puis d'irido-cyclites

se produisent, il se fait des synéchies postérieures parfois totales, qui peuvent entraîner les plus graves conséquences. Le fait est heureusement rare et avec des soins vigilants il peut être écarté.

B. — *Cyclite.*

Après avoir vu l'iritis se produire fréquemment dans les yeux atteints de décollement de la rétine, on ne sera pas étonné de voir la cyclite l'accompagner parfois. Il est évident que la contiguité de l'iris et du corps ciliaire les prédisposent à réagir pathologiquement ensemble, aussi nous observons la cyclite mais rarement seule et presque toujours elle présentera l'aspect clinique de l'irido-cyclite.

Si nous faisons de la cyclite une étude particulière, c'est que ce sont les symptômes de cette affection qui l'emportent sur ceux de l'iritis et qui donnent au cours de cette complication une physionomie spéciale.

Le début est généralement dramatique, le malade éprouve de violentes douleurs circumorbitaires qui s'irradient vers la région frontale et temporale. Ces douleurs sont parfois intolérables et s'accompagnent de vomissements et de mouvements fébriles.

Le sommeil est impossible, comme chez un malade que nous avons observé et qui ne dormait qu'avec le secours d'hypnotiques. Parfois les douleurs sont plus violentes la nuit, lorsque la cyclite est d'origine syphilitique. L'acuité visuelle est très notablement diminuée, parfois nulle, ce

qui se comprendra aisément, si l'on songe que aux lésions du fond d'œil vient s'ajouter la gêne causée par les exsudats tant de la chambre antérieure que de la chambre postérieure.

L'œil est parfois larmoyant, les paupières peuvent être gonflées, la conjonctive injectée. L'iris est généralement décoloré, la pupille réagit mal.

Sur la face postérieure de la cornée, nous pouvons avoir des précipitations dans la chambre antérieure du pus et du sang.

Notons que l'œil est douloureux à la pression qui, parfois, réveille, si on l'exerce sur le corps ciliaire, de vives souffrances.

Signe très important, la chambre antérieure est considérablement augmentée de profondeur aux dépens de la chambre postérieure. Ce fait est très important à noter et nous insisterons sur ce point, que dans toutes les observations nous l'avons relevé, même dans un cas où il y avait augmentation de la pression oculaire qui aurait pu, en partie contrebalancer le mécanisme de cet enfoncement.

La chambre antérieure est donc très profonde, elle a l'aspect d'un cône dont les parois seraient formées par l'iris décoloré, la base étant tournée vers l'observateur, et dont le sommet tronqué, formé par la pupille irrégulière et crénelée par suite des tiraillements exercés par les synéchies, est encombrée le plus souvent par des exsudats nombreux.

Pourquoi cet énorme enfoncement de l'iris et cette profondeur de la chambre antérieure? L'inflammation du

corps ciliaire et de l'iris provoque la formation de nombreux exsudats qui encombrant la chambre postérieure.

Ces exsudats se déposent entre la face postérieure de l'iris et la face antérieure de la cristalloïde antérieure. Ils contractent de part et d'autre des adhérences d'autant plus facilement que l'iris est parfois fixé à cette cristalloïde par des synéchies parfois où il y a même séclusion pupillaire totale.

Ces exsudats s'organisent, se rétractent et l'iris entraîné en arrière est accolé au cristallin. Celui-ci subit à son tour à la face postérieure les tractions en arrière, exercées par le vitré.

Il ne faut pas oublier que la cyclite évolue dans un œil malade depuis longtemps myope ou atteint de chorio-rétinite chronique. Le vitré présente des exsudats nombreux qui se sont organisés ou de la générescence fibrillaire et ces formations se rétractant exercent des tractions sur les procès ciliaires, la zonule de Zim et le cristallin, tractions qui ont pour résultat d'augmenter encore la profondeur de la chambre antérieure en tirant dans la profondeur tout le segment antérieur de l'uvée.

La tension intra-oculaire est toujours diminuée, c'est là encore un signe de grande valeur, « les yeux sont comme des chiffons mous », dit le professeur De Lapersonne. Il peut arriver cependant, comme nous le verrons plus loin, que le tonus soit augmenté par suite d'une séclusion pupillaire complète se produisant au cours de poussées cyclitiques.

Cette augmentation de pression peut se produire, et nous l'avons constatée dans un cas de cyclite récente par suite

d'un traumatisme dans un œil atteint de décollement depuis longtemps, dans deux cas de cyclites évoluant spontanément.

Que va devenir l'œil atteint de cette affection ? Comment celle-ci va-t-elle évoluer ?

Parfois la cyclite retrecède sous l'influence d'une médication énergique : applications chaudes. Parfois un traitement anti-rhumatismal ou anti-syphilitique donne de bons résultats, mais il se produit de nouvelles poussées dans cet œil en si mauvais état, porteur de tant de causes d'irritation et dont même le grossier mécanisme ne fonctionne plus. Les douleurs sont intolérables, le rendement fonctionnel de l'organe est si médiocre, parfois nul, et le malade demande lui-même à grands cris sa délivrance. Le pronostic est donc grave. Sur les trois yeux observés par Nordenson, l'un présentait une synéchie postérieure totale avec séclusion pupillaire. Le second conserva une vision très faible, le troisième fut énucléé sur la demande de la malade. Une malade observée par nous à l'Hôtel-Dieu éprouvait parfois des douleurs assez violentes, la séclusion pupillaire était complète et la perception lumineuse nulle. Les yeux, après des poussées successives, finissent par s'atrophier complètement. Galezowski a dit avec raison : « L'iritis et l'irido-cyclite apparaissent invariablement dans une certaine période de cette maladie (le décollement de la rétine) et ces deux affections entraînent à un moment donné une cataracte et une atrophie du globe oculaire ».

Ajoutons qu'une complication de la cyclite est l'ophtalmie sympathique qui entraîne les plus graves conséquences.

ces. Aussi dès que les phénomènes sympathiques se produisent dans l'autre œil, il y a indication à pratiquer le plus rapidement possible l'énucléation de l'œil sympathisant.

C. — *Irido-choroïdite.*

Nous savons que la choroïdite est presque toujours observée dans la myopie élevée et progressive, il ne s'agit plus là seulement d'un vice de réfraction mais d'un processus infectieux qui atteint la membrane vasculaire de l'œil. Sachant combien on constate fréquemment une myopie élevée chez les individus atteints de décollement de la rétine, on comprendra aisément que l'irido-choroïdite puisse fréquemment se manifester chez ces malades.

Lorsque l'inflammation de la choroïde est limitée à la partie postérieure de l'œil, celui-ci garde un aspect normal et la maladie ne se traduit pour le patient que par des troubles visuels, pour le médecin par des lésions ophtalmoscopiques. Mais si l'affection frappe la partie antérieure de l'uvée, elle se manifeste extérieurement par les symptômes de la cyclite et de l'iritis. Il serait difficile d'esquisser un tableau clinique de cette complication, où tant de facteurs interviennent.

C'est d'une part le décollement qui supprime la vision dans une partie plus ou moins grande du champ visuel, d'autre part les lésions de la choroïde diminuent le pou-

voir fonctionnel de la partie de rétine non décollée, dans laquelle elles provoquent des troubles trophiques.

Dans le vitré profondément atteint, on constate des exsudats ainsi que dans la chambre antérieure et la chambre postérieure.

La vision est donc très faible quand elle n'est pas presque nulle. L'iris et le corps ciliaire sont fréquemment enflammés. A la suite d'iritis et de cyclite des adhérences se sont créées et les synéchies sont nombreuses, parfois à cause de la séclusion pupillaire il se manifeste de l'hyper-tonie avec cécité par excavation du nerf optique, plus tard le globe peut devenir ectatique.

Cet état pathologique de tout le tractus uvéal de la rétine et du vitré peut évoluer lentement et silencieusement. Parfois le malade éprouve des poussées de cyclites accompagnées de douleurs violentes, parfois des hémorragies se produisent dans la chambre antérieure, comme nous en avons constaté, ces poussées peuvent se calmer ou au contraire la douleur persister pendant longtemps et amener le malade à demander l'énucléation, comme nous l'avons déjà dit plus haut. Quelle que soit la marche de l'affection, elle aboutit infailliblement après un temps variable à la cécité complète et à la phtisie du globe oculaire.

D. — *Glaucome.*

L'abaissement de la tension intra-oculaire est la règle dans le décollement de la rétine à l'exception des décolle-

ments produits par une tumeur, et dans ce cas c'est ce signe qui révèle la présence du néoplasme.

Lorsqu'il y a glaucome dans un œil atteint de décollement de la rétine, il se produit le plus souvent consécutivement à une autre affection comme une irido-cyclite ou une irido-choroïdite, et son évolution est plutôt silencieuse et chronique.

Montgomery de Chicago a cependant signalé un glaucome aigu survenant à la suite d'une séance d'électrolyse.

Donc, en règle générale, à la suite d'une irido-cyclite ou irido-choroïdite, il s'est établi des adhérences de l'angle irien ou des synéchies postérieures, parfois une séclusion complète, et le tonus oculaire augmente progressivement sans symptômes inflammatoires.

L'œil présente parfois un aspect normal extérieurement, sauf que les veines ciliaires sont plus turgescents.

Parfois cependant l'œil est injecté, la cornée présente de légers troubles. Si de l'irido-cyclite s'est produite dans l'œil, la chambre antérieure sera profonde et l'on constatera des synéchies.

La pupille, si elle est libre, sera dilatée au maximum et l'iris verdâtre.

Lorsqu'on constate ces signes extérieurs, généralement le patient éprouve de violentes douleurs. Ces douleurs sont parfois tenaces et obligent à pratiquer l'énucléation, comme dans plusieurs des observations que nous avons réunies.

Lorsque l'hypertonie s'est établie depuis longtemps, le

globe oculaire est augmenté de volume, comme nous l'avons constaté chez une malade dont le décollement remontait à sept ans et chez qui l'augmentation de la pression oculaire avait débuté d'une façon précoce.

L'acuité visuelle, si le décollement n'est que partiel, baisse progressivement, parfois d'une façon intermittente, les malades se plaignent d'un brouillard devant les yeux, mais très rapidement la vision devient purement quantitative.

Si le décollement est partiel et les milieux suffisamment transparents, on pourra apercevoir la papille excavée, mais cela n'est guère possible qu'au début de l'affection.

A quel moment le glaucome se développe-t-il dans l'œil après le décollement ? Chez un malade de Nordenson, dix jours après, chez un autre vingt-trois jours après. Chez deux autres malades il est tardif et sans date spécifiée. Chez le malade de Gros il survint après trois mois, chez celui de Druault, après six ans. Enfin, dans le cas que nous avons examiné, six mois s'écoulèrent avant la première apparition de la tension.

Il est évidemment difficile de conclure d'après ces cas autre chose, sinon que l'apparition du glaucome est éminemment variable.

On ne le constate pas très souvent, et si les auteurs ont rapporté assez fréquemment des observations de glaucome dans le décollement de la rétine, c'est peut-être à cause de la rareté du fait.

Raehlman (1876) en a observé deux cas. Uhthoff (1880) un cas, observé dans la clinique de Schöler. Campart rapporte un cas observé par Freuzal, et Nordenson a suivi un

cas fort intéressant. Le malade atteint de décollement de la rétine situé à la partie inférieure dans les deux yeux présentait en même temps une excavation de la papille et du glaucome chronique des deux côtés, cela consécutivement à une irido-cyclite double. Le même auteur, sur 126 yeux, a trouvé six fois la pression oculaire augmentée.

Gros (de Giessen), sur 170 cas de décollement, constata trois fois une augmentation de pression, une fois dans un œil atteint de sarcome de la choroïde, le second cas étant un cas de glaucome aigu, dans le troisième cas il ne trouva pas l'explication de cette augmentation de tonus.

Nous avons négligé volontairement de parler de l'augmentation de tonus, qui est la règle dans ces décollements produits par une tumeur intra-oculaire (sarcomes de la choroïde, gliomes de la rétine) nous réservant de le faire avec le diagnostic.

L'aspect clinique de ces affections est établi depuis longtemps et lorsque, l'on constatera dans un œil atteint de décollement une augmentation de tonus, c'est à elles que l'on songera. Nous savons qu'à un moment de leur évolution elles peuvent présenter tous les symptômes d'un glaucome aigu. La grande difficulté, lorsque l'on trouvera la tension augmentée en même temps qu'on constatera un décollement de la rétine, sera de découvrir quelle en est la cause.

Nous savons que le gliome de la rétine se rencontre chez les enfants, et les parents n'auront pas été sans remarquer le reflet clair, blanchâtre ou d'un jaune d'or qui frappe quelquefois de loin (œil de chat amaurotique) et cet anamnestique nous fera poser le diagnostic.

Dans le sarcome de la choroïde, le décollement rétinien est à forme bosselée ; on n'y observe pas de ballottement, on peut, à travers la rétine, reconnaître les vaisseaux de la tumeur ; mais lorsque le décollement est complet, le diagnostic est presque impossible si l'on n'a pas recours à l'éclairage par transparence et à la ponction. Il faudra nous en rappeler pour employer ces moyens d'investigations qui nous fourniront un contrôle dans les cas douteux.

Le cas rapporté par le docteur Thomas (de Tours) est très instructif à ce sujet et montre combien le diagnostic est parfois malaisé. Il s'agissait d'un décollement de la rétine avec glaucome qui fut pris pour une tumeur intra-oculaire. La tension était élevée, la pupille dilatée, derrière le cristallin, dans la région ciliaire, on apercevait une masse mobile de coloration jaunâtre. Le siège de la saillie, à la partie supérieure, sa fixité absolue, de l'hypertonie firent penser à un néoplasme, les douleurs étant très intenses, on pratiqua l'énucléation et l'examen anatomo-pathologique révéla qu'il s'agissait d'un décollement avec perte de transparence de la rétine, fixée à la partie supérieure par des exsudats organisés et très denses.

Il faut rapprocher de ce cas celui rapporté par Fuchs dans sa monographie du sarcome du tractus uvéal. L'auteur dit :

« En juin 1879, une femme de 56 ans fut reçue à la clinique de Arlt. Celui-ci avait trouvé un décollement de la rétine en bas, et à cause de la haute tension avait pensé à un sarcome de la choroïde. La femme ne voulant pas d'une opération, retourna chez elle. En janvier 1880 elle éprouva tout à coup de vives douleurs dans l'œil, qui con-

linuèrent avec une intensité décroissante. L'œil présenta l'aspect du glaucome absolu avec un début de trouble du cristallin, il fut énucléé. L'examen démontra un soulèvement total de la rétine par de la sérosité ; l'adhérence périphérique de l'iris en croissant et l'excavation de la pupille. Mais aucune trace de la tumeur intra-oculaire supposée. »

Nous voyons donc que l'augmentation du tonus dans un œil atteint de décollement de la rétine n'implique pas toujours l'existence d'une tumeur, c'est pourtant la règle générale et ce à quoi il faudra songer avec la plus de chance de tomber juste.

Complication douloureuse qui entraîne la perte immédiate de l'œil, le glaucome compromet gravement l'avenir.

La cornée peut présenter les troubles les plus divers. Chez la malade que nous avons observée, des opacités blanchâtres de cette dernière se voyaient des deux côtés. On a noté aussi des troubles trophiques, bulles, ulcères, comme dans le cas de Druault dans lequel un ulcère superficiel de 5 millimètres de diamètre apparut juste au centre de la cornée, présentant absolument l'aspect d'un ulcère de kératite neuroparalytique. De plus on constatait un hypopion dans la chambre antérieure.

Parfois il peut y avoir perforation spontanée dont on comprend les conséquences dans un œil hypertendu chez lequel cesse brusquement cette tension.

Le pronostic est sévère, c'est ainsi que sur neuf yeux atteints de glaucome, trois furent énucléés à cause des douleurs insupportables qu'éprouvaient les malades, deux devinrent amaurotiques, trois voyaient à peine les mou-

vements de la main, enfin le moins atteint comptait les doigts à vingt centimètres.

Nous sommes donc là en présence d'une terrible complication dont le malade sort le plus souvent avec le pouvoir fonctionnel de son œil considérablement affaibli. L'acuité visuelle est généralement si mauvaise que le malade ne possède guère qu'une vision quantitative, il est devenu un infirme incapable non seulement de tout travail, mais même de se conduire. Parfois les poussées glaucomateuses se reproduisent à intervalles progressivement rapprochés, elles se prolongent et si violentes sont les douleurs que l'on est obligé de pratiquer l'énucléation.

N'oublions pas qu'il s'agit là d'une affection qui peut se transmettre à l'autre œil par irritation sympathique d'autant plus facilement que ce dernier est généralement soit mis en état de moindre résistance par l'intoxication générale de l'organisme, soit qu'il se soit développé aussi chez lui une affection inflammatoire, le prédisposant au glaucome.

C'est ainsi que chez une malade de Nordenson le glaucome se développa simultanément dans les deux yeux atteints d'irido-cyclite. L'un d'eux fut énucléé, quant à l'autre il présenta des poussées glaucomateuses pendant trois ans, poussées qui rétrocédaient sous l'action d'un traitement général par le salicylate de soude, la malade étant rhumatisante.

E. — *Cataracte.*

La cataracte a été fréquemment constatée dans les yeux atteints de décollement de la rétine.

Parfois ce sont des opacités partielles rayonnées; d'autre fois le cristallin est entièrement opaque, mais lorsque le décollement est ancien, il est rare qu'il n'en soit pas ainsi.

L'acuité visuelle est excessivement mauvaise et le plus souvent la perception lumineuse n'existe plus. Aussi en dehors de tout anamnétique, lorsqu'un malade se présentera à nous avec une cataracte, une diminution du tonus, et que la perception lumineuse sera nulle ou très réduite, il faudra se défier d'un décollement de la rétine. Il faudra prendre son champ visuel à la bougie et vérifier si sa projection est bonne, dans le cas contraire, il faudra l'interroger sur ses antécédents oculaires. Sans quoi on s'exposerait à opérer de cataracte un œil chez lequel l'opération ne donnerait aucun résultat appréciable et qui pourrait parfois avoir les conséquences les plus funestes.

Un point sur lequel s'accordent tous les auteurs, c'est la fréquence des opacités du cristallin à la suite de décollement dont le siège, la disposition et l'importance sont les plus variables, mais qui, au bout d'un temps plus ou moins long, parfois très rapidement, deviennent totales.

Gros qui observa 170 cas de décollement rétinien, dit : « Une affection du cristallin fut souvent constatée. Dans presque tous les cas se montra une altération de la capsule, parfois de la substance même du

cristallin. Surtout la capsule postérieure du cristallin était fréquemment atteinte. Quelques décollements ne purent être diagnostiqués avec certitude qu'après l'extraction du cristallin. »

Nordenson constata que sur 126 yeux, 17 présentaient des opacités partielles sous formes de trames radiées et des opacités de la face antérieure et postérieure.

Hartmann, sur 19 cas qu'il suivit pendant longtemps, observa 7 fois une cataracte secondaire et 6 fois une phtisie du globe.

Nous avons réuni 40 cas de cataracte dans des yeux atteints de décollement de la rétine. Nous avons noté que ces yeux appartiennent à des malades dont l'âge varie entre 21 et 71 ans, 3 n'ont pas plus de 25 ans, 4 n'ont pas plus de 46 ans. Donc il ne s'agit pas là de cataractes séniles.

Au point de vue du début de ces cataractes, il est assez tardif.

Si dans un cas il se produisit au bout de 8 mois :

4 fois ce fut au bout de 5 ans au plus ;

3 fois au bout de 7 ans au plus ;

1 fois au bout de 20 ans ;

1 fois la date est indéterminée.

En moyenne, d'après ces cas, le début se produirait 6 ans environ après le décollement.

Cette moyenne n'a qu'une valeur très relative, les cas ayant été choisis absolument au hasard, mais il semble ressortir de l'examen de ces observations que la cataracte se développe dans les yeux frappés depuis assez longtemps

de décollement de la rétine, c'est donc plutôt une conséquence tardive.

La perception lumineuse n'existe généralement plus, c'est ce qui était le cas pour 6 de ces yeux, l'un d'eux percevait encore les mouvements de la main, l'autre des doigts à 0 m. 50, le dernier avait une acuité de 0,3.

Ces yeux ont été le siège d'inflammations diverses. Iritis, trois fois. Irido-cyclite deux fois, aboutissant deux fois à la séclusion pupillaire et à l'augmentation du tonus. L'un d'eux présenta du glaucome.

Deux fois nous avons noté la luxation du cristallin opacifié :

Une fois dans la chambre antérieure.

Une fois dans la chambre postérieure.

Notons aussi que généralement l'état de l'autre œil est assez précaire.

C'est ainsi que nous avons trouvé dans l'autre œil trois fois un début de cataracte. Une fois un œil atrophié totalement avec séclusion pupillaire et enfoncement de la chambre antérieure (observation personnelle). Une fois un énorme staphylome postérieur avec foyers de choroïdite et atrophie rétinienne (observation personnelle).

Enfin, d'une façon-générale, l'œil qui présente une cataracte et une rétine décollée est un organe inutile, sinon dangereux.

Les cas se terminant heureusement comme celui apporté par Nicali, dans lequel le recollement de la rétine se produisit consécutivement à la résorption spontanée de la cataracte, sont exceptionnels.

Et ce fait m'a paru digne d'être rapporté à titre de rareté. Voici l'observation :

M. B..., 46 ans, venu pour la première fois me consulter le 3 avril 1886, s'est aperçu deux mois auparavant, à la chasse, de la mauvaise vue de son œil gauche.

O. G. compte les doigts à 4 mètres, champ visuel aboli en haut. Décollement de la moitié inférieure de la rétine, n'atteignant pas la papille (syphilis datant de 15 ans, fièvres d'Afrique). Pilocarpine en pillules. Traitement d'ailleurs non exécuté, à ce que je crois.

Le malade ne revient que le 17 septembre suivant, il a été dans l'intervalle opéré par un confrère qui aurait pratiqué l'aspiration de l'épanchement sous rétinien ; cette opération a été suivie d'une violente iritis pour laquelle il demande un soulagement. Atropine. Iodure de potassium. Ce traitement fut suivi jusqu'en 1888, époque à laquelle seulement les douleurs disparurent.

La vue n'a cessé de décroître, jusqu'à ne plus compter les doigts qu'à 1 mètre, le champ visuel étant toujours aboli dans la partie supérieure et le décollement persistant.

Il y a des adhérences pupillaires et un commencement de cataracte.

Retour du malade en juillet 1895, après sept années d'intervalle, a eu l'hiver précédent de violentes douleurs dans l'œil gauche. La cataracte est totale, la vision abolie.

V = O.

Retour encore le 21 avril 1898, même état avec cette différence, qu'il y aurait à gauche une trace de perception lumineuse.

Retour le 3 novembre 1902, et la scène a totalement changé,

M. B... voit mal de son œil droit, mais voit mieux de l'œil gauche.

$$\text{OD M} - 4 \text{ V} = 3.$$

$$\text{OG H} + 11 \text{ V} = 3.$$

Cataracte nucléaire à droite.

Plus de traces de cataracte à gauche, où la pupille est entièrement libre derrière l'iris ballottant. La rétine est recollée, le champ visuel entier ou presque entier.

Un nouvel examen, pratiqué le 9 novembre 1903, accuse :

$$\text{OD M} - 6 = 2,5.$$

$$\text{OG H} + 10 = 3.$$

Toujours pas trace de cristallin qui paraît bien dûment résorbé et pas trace non plus de décollement.

Nous sommes donc là en présence d'un décollement avéré observé pendant 12 ans. Le début de la cataracte remonte à deux ans après le recolement. Neuf ans après elle était complète, et douze ans après résorbée totalement, la rétine recollée et le champ visuel entier. C'est ce point qui est très intéressant. Nicati ajoute qu'il a essayé la dissection et l'extraction de la cataracte dans des cas apparemment favorables et que le résultat a été nul, ni bon, ni mauvais, il s'agit donc ici d'un fait dont nous n'essayerons pas de donner l'explication.

Que va-t-il se produire dans un œil atteint de cataracte consécutivement à un décollement. Signalons que parfois le malade peut éprouver de fortes douleurs et un œil fut ainsi énucléé à cause des souffrances qu'endurait le patient. Le plus souvent l'œil s'atrophie progressivement.

avec quelques douleurs parfois, plus souvent l'œil est indolore, la phtisie du globe s'installe silencieusement.

F. — *Complications rares du décollement de la rétine.*

Parmi celles-ci citons d'abord les *hémorragies*.

Elles ont été signalées par le docteur Kalt, qui les constata chez trois de ses malades et qu'il avait fait des ponctions successives de la sclérotique. Chez l'un d'eux l'hémorragie se produisit cinq jours après la ponction, chez un autre douze jours après.

La ponction n'avait pu causer l'hémorragie qui aurait eu lieu tout de suite et la rétine ne se serait pas recolé. Il faut donc supposer que c'était l'état général précaire chez un de ces malades qui l'avait prédisposé à faire une hémorragie, chez un autre c'était la syphilis.

Lagrange, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, rapporte le cas d'une hémorragie intra-oculaire après le traitement d'un décollement par l'électrolyse, traitement qui avait d'ailleurs augmenté l'étendue du décollement.

Deutschmann aussi a signalé des hémorragies intra-oculaires à la suite d'injections très concentrées sous la conjonctive.

Wernicke produisit chez le lapin par des injections de chlorure de sodium à 30 p. 100 des troubles cornéens qui disparurent très lentement.

Pflüger observa l'atrophie du nerf optique à la suite d'injections intra-oculaire de teinture d'iode et à la suite

des mêmes injections Gelpke a vu évoluer une méningite mortelle.

Enfin citons le sarcome de la choroïde qui peut être considéré comme une complication du décollement de la rétine. En effet, S.-H. Parsons (de Londres), chez huit individus observa un décollement de la rétine qui précédait l'apparition du sarcome. Le décollement était du à une exsudation séreuse qui occupait la moitié inférieure du globe et était séparée de la tumeur par une zone dans laquelle on ne constatait pas trace du décollement. Ceci est surtout le cas lorsque la tumeur est située au niveau de l'hémisphère supérieur de l'œil, peu à peu le décollement s'étend et devient total. La tumeur, pour peu qu'elle se trouve en avant vers les procès ciliaires, comme elle est très peu volumineuse, passe inaperçue au moment du décollement. Cette notion d'un décollement sans aucune relation avec la tumeur au début d'un sarcome choroïdien a une grande importance clinique. Aussi dans le cas de décollement de la rétine non compliqué en apparence il faudra chercher l'existence possible d'une tumeur et cela par un examen très complet du champ visuel et par l'examen ophtalmoscopique la pupille dilatée au maximum et le malade regardant très excentriquement.

CHAPITRE II

De l'influence du traitement des décollements de la rétine sur l'apparition des complications.

On a fréquemment accusé les traitements du décollement de la rétine de produire des complications. Mais encore faudrait-il préciser ces accusations, se rendre compte des traitements qui doivent être incriminés et pour cela il nous a paru utile d'étudier successivement les moyens de traitement que la thérapeutique tant médicale que chirurgicale met à notre disposition.

Disons en passant que ceux-ci sont nombreux et qu'il nous serait impossible d'indiquer dans une étude aussi restreinte toutes les variantes et les modifications que l'ingéniosité des auteurs leur a fait subir. Nous nous contenterons d'examiner les principaux et de noter, en même temps que leur efficacité, les dangers auxquels ils peuvent exposer le patient.

Nous les diviserons en médicaux et chirurgicaux.

Traitements médicaux.

A) Collyres. Atropine. Cocaïne. Eserine.

B) Traitements mécaniques. Compression. Repos au lit.

C) Traitement antispécifique. Frictions mercurielles. Injections mercurielles hypodermiques. Iodure de potassium.

D) Traitement révulsif. Ignipuncture.

Traitements chirurgicaux.

A) Electrolyse.

B) Injections sous-conjonctivales.

C) Ponction sclérale.

D) Iridectomie.

E) Injections de teinture d'iode.

F) Drainage.

G) Procédé de Deutschmann.

TRAITEMENTS MÉDICAUX

A. Collyres.

La tension intra-oculaire étant diminuée dans l'œil et favorisant le décollement de la rétine, on a pensé que l'emploi de substances propres à relever le tonus comme l'atropine seraient utiles: L'emploi de ces collyres à l'atropine 2 à 5 p. 1.000 et à la cocaïne 2 à 5 p. 100, soit seuls, soit associés à un autre traitement a pu donner quelques résultats, mais il serait bien difficile de savoir la part qui leur revient dans l'heureuse terminaison de certains cas de décollement de la rétine.

Le professeur Guaita a employé un collyre à l'éserine à 0 gr. 50 et 0 gr. 75 p. 100. Une goutte dans l'œil quatre

fois par jour, les résultats obtenus ont été paraît-il excellents.

B. — *Traitements mécaniques.*

Nous comprendrons sous ce nom la compression et le repos au lit.

La compression est un traitement qui a donné des succès nombreux. Le but cherché est de réappliquer la rétine contre la choroïde en augmentant le tonus intra-oculaire abaissé dans le décollement rétinien. Samelson le premier et Lubinski après lui, recommandèrent l'emploi du bandeau compressif associé au décubitus. Norstmann n'aurait eu qu'à se louer de ce procédé. De Wecker signale des accidents survenus dans les décollements de la partie périphérique de la rétine. « En général, dit-il, les personnes atteintes de décollements antérieurs ne supportent pas l'emploi d'un bandeau qui provoque promptement des douleurs et des phénomènes d'iritis »... Ce traitement est inoffensif à condition d'être appliqué avec prudence. M. Le professeur De Lapersonne a vu se produire une iritis chez un malade à qui l'on faisait de la compression depuis dix jours avec tous les ménagements possibles ; ce malade il est vrai était diabétique.

Un autre malade, qui eut une iritis dans les mêmes circonstances, était gouteux et avait présenté plusieurs fois des manifestations articulaires de cette diathèse. Notons en

passant un détail sur lequel nous reviendrons plus tard, c'est que ces complications, survenues à l'occasion d'une simple compression, s'étaient produites chez des individus diathésiques. Il est un point important dont il faut tenir compte lorsqu'on peut employer la compression, c'est que celle-ci doit être modérée. Voici du reste la façon de procéder.

On applique sur l'œil du malade une compresse de gaze, sur celle-ci une couche de coton assez épaisse bien répartie sur l'orifice de la cavité orbitaire pour transmettre d'une façon égale la pression au globe oculaire. On applique sur le tout une bande en tissu élastique. La bande en crêpe Velpeau est celle que l'on doit préférer entre toutes. Mais comment saura-t-on si la compression n'est pas trop forte ?

C'est le malade lui-même qui nous renseignera à cet égard et si la bande est trop serrée, qu'il se plaigne de la moindre douleur, il ne faudra pas hésiter à se rendre à ses désirs et recommencer le pansement que l'on fera moins serré.

Le professeur De Lapersonne insiste sur ce point. A la suite de compressions douloureuses il a vu se produire à plusieurs reprises des accidents, alors que dans le cas contraire il n'observe jamais aucune complication fâcheuse.

Souvent en traitant un malade par la compression on lui fait garder le repos au lit et si possible le décubitus dorsal. On pense ainsi empêcher la rupture des adhérences qui ont pu se former entre la rétine et la choroïde, grâce au bandeau compressif. Il est établi par de

nombreuses observations que ce procédé a donné de bons résultats.

« Le déubitus dorsal, dit de Wecker, peut rendre surtout des services quand le décollement est de date récente et provoqué par un traumatisme, mais il y a évidemment exagération à vouloir le prolonger pendant quatre et six mois et le plus souvent le médecin lui-même est trompé par les malades qui sont incapables de se maintenir dans un décubitus aussi prolongé. » Il faut de la part du patient une volonté peu commune pour demeurer ainsi étendu au lit sur le dos, sans faire un mouvement pendant des semaines et des mois, et l'on comprend bien qu'un malade de Darier ait préféré devenir aveugle que de rester ainsi au lit. Il faut donc recommander ce procédé à condition de ne pas tomber dans l'exagération et se rappeler qu'il peut n'être pas sans danger chez les personnes âgées qui pourraient être atteintes de congestions pulmonaires hypostatiques.

C. Traitement antispécifique.

Nous savons que très souvent le décollement de la rétine se produit chez des individus atteints d'une myopie élevée et progressive. Comme l'a soutenu le Docteur Bichon, cette myopie progressive, parmi les causes infectieuses qui la provoquent, compte en première ligne la syphilis, soit acquise, soit héréditaire. On comprendra

aisément les cures merveilleuses qu'a pu produire un traitement mercuriel associé à l'iodure.

L'iodure de potassium très communément employé en plus de son action anti-spécifique agit contre l'arthritisme et toutes les diathèses à processus sclérosant.

Nous ne nous attarderons pas ici à décrire les traitements mercuriels qui ont été employés. Disons en passant que ce sont les frictions, les injections intra-musculaires et intra-veineuses qui ont paru ouvrir l'action la plus active et la plus puissante.

D. — *Ignipuncture.*

C'est De Wecker qui proposa ce procédé. Il voulait provoquer la guérison du décollement de la rétine en produisant un processus semblable à celui qui se passe dans la pleurésie et accole les deux feuillets de la plèvre pour la formation d'adhérences et leur rétraction consécutive.

Il pensait atteindre ce but en excitant la production d'une choroïdite adhésive, cela en faisant sur la sclérotique, au point correspondant au décollement, des applications de pointes de feu. Chevalereau. E. Martin, Abadie le suivirent dans cette voie.

Le procédé ne donna pas ce que l'on attendait de lui et Panas, qui le considère comme anodin, dit l'avoir employé sans grand profit pour ses malades.

L'application de pointes de feu entraîne parfois une réaction assez vive et Bourgeois, rapporta que sur trois cas

ainsi traités, deux fois il constata de l'iritis. Wernicke reprenant sur les animaux les expériences de Wessely, a réussi par des cautérisations superficielles ou profondes de la sclérotique avec le galvano-cautère à déterminer un décollement de la rétine au point cautérisé. On voit à ce niveau une petite vésicule blanche, proéminente, bien limitée qui augmente encore les vingt-quatre heures suivantes pour disparaître peu à peu dans les semaines qui suivent. Il existe une réaction constante de l'œil d'autant plus vive que la cautérisation a été plus intense.

Sur trois yeux de lapin ainsi traités et examinés ensuite, les coupes au niveau du point cautérisé montraient une soudure de la rétine atrophiée à la choroïde. On peut donc par ce procédé provoquer un recollement des deux membranes, mais il ne faudra en user qu'avec modération par crainte des complications inflammatoires.

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

A. — *Electrolyse.*

C'est Schœler, qui, le premier eut l'idée d'appliquer l'électrolyse au traitement du décollement de la rétine. Abadie, Gillet de Grandmont, Terson, Dort et Van Moll essayèrent ce procédé.

Schœler employait l'électrolyse bi-polaire qui consiste à introduire dans la poche sous rétinienne deux aiguilles reliées à deux pôles d'une pile à courant continu.

Terson, Gillet de Grandmont et Abadie ne faisaient

pénétrer qu'une aiguille reliée au pôle positif (électrolyse positive).

Van Moll, lui, employait l'électrolyse négative. On fait passer dans le circuit un courant de cinq milliampères qui est très bien supporté pendant une minute. Terson, sur douze cas, observa :

Une aggravation sur un cas datant de près de trois ans.

Deux résultats nuls.

Trois améliorations passagères.

Cinq améliorations persistant chez des malades n'ayant jamais suivi aucun autre traitement.

Il conclut de cette statistique : 1° L'électrolyse positive doit être appliquée aux décollements récents et aura d'autant plus de chance de réussir que l'opération aura été plus rapprochée du début de l'accident.

2° Le mode d'intervention ne gêne en rien l'emploi de tous les moyens médicaux recommandés pour les lésions d'origine diathésique et dont une longue expérience a démontré la valeur au point de vue palliatif.

Parfois les résultats sont l'opposé de ce que l'on espérait obtenir, je n'en veux pour exemple que le cas rapporté par Lagrange, d'un jeune polytechnicien qui eut, à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes du larynx, un décollement de la rétine ; ce malade, à qui un spécialiste conseilla l'électrolyse, non seulement ne fut pas amélioré, mais son décollement fut augmenté d'étendue et une hémorragie intra-oculaire se produisit.

« Je trouve particulièrement irrationnel, dit Lagrange, le moyen qui consiste à introduire un des pôles sous la

rétime et à faire dégager des gaz qui doivent théoriquement remplir et agrandir l'espace sous-rétinien. »

Dor conseille l'électrolyse dans les petits décollements périphériques rebelles aux injections sous-conjonctivales.

Abadie, sur cinq cas, obtint une guérison par l'électrolyse.

Montgomery (de Chicago) cite, à la suite de celle-ci un cas de glaucome aigu.

Les effets les plus contradictoires et les plus inattendus, sont souvent produits par l'électrolyse, il conviendrait de faire au sujet de ce traitement toutes sortes de réserves et de ne l'employer que lorsque l'expérimentation sur les animaux aura donné des résultats plus constants.

B. — *Injectons sous-conjonctivales.*

C'est à une hypothèse soutenue par Rœhlmann qu'est dû ce traitement du décollement de la rétime.

La voici. Les échanges se produisent entre les vaisseaux de la choroïde et le vitré à travers la rétime.

Si le vitré contient plus de chlorure de sodium que normalement il va se faire un appel d'eau et par suite une concentration du sérum sanguin dans les vaisseaux de la choroïde. La rétime perméable au sérum sanguin normal ne l'est plus lorsque il est plus riche en albumine, elle est soulevée par celui-ci qui s'accumule derrière elle. Pour l'injection sous-conjonctivale d'une solution de chlorure de sodium hyperthorique par rapport au vitré, les phénomènes que nous venons de décrire ne se produiront plus,

car il y aura appel du sérum sanguin des vaisseaux choroïdiens, non plus vers le vitré, mais vers le chorure de sodium déposé sous la conjonctive.

Les injections sous-conjonctivales n'agissent pas uniquement par les lois toutes physiques de l'osmose, mais encore par leur action irritative propre, et l'on peut supposer que celle-ci favorise les adhérences entre la rétine décollée et la choroïde, adhérences qui par leur rétraction recolleront les deux membranes.

Le principe de ce traitement établi, voyons comment il s'est comporté dans la pratique.

Nous citerons en passant l'emploi que fit Darier du sublimé au lieu du chlorure de sodium, il dit que lorsqu'il y a des lésions choroïdiennes, ce sel donne de meilleurs résultats. Serait-ce à cause de l'origine syphilitique de ces lésions ? Il a rapporté un cas de guérison complète par cette méthode peu employée après lui.

Les solutions concentrées de chlorure de sodium, telles que les employait De Wecker, qui injectait un centimètre ou un demi-centimètre cube d'une solution à 10 ou 20 p. 100 sont horriblement douloureuses, et les partisans d'injections massives de chlorure de sodium se sont attaché à les rendre indolores. De Wecker usait de la formule suivante :

Solution physiologique de chlorure de sodium . . .	100 gr.
Gélatine blanche	45 —

Mais la gélatine l'empêchait d'employer une solution plus concentrée que 3 p. 100, le but était manqué, et il essaya comme véhicule le vitré de bœuf.

Dianoux ajoute du sucre de canne comme anesthésique et emploie la solution suivante :

Chlorure de sodium.....	1 gr.
Sucre de canne.....	4 —
Eau distillée.....	100 —

Dor aurait obtenu de bons résultats avec des solutions concentrées.

Uhtoff, à la suite d'injections sous-conjonctivales longtemps prolongées, observa deux cas de glaucome vrai, semblablement consécutifs à l'oblitération de l'espace de Tenon.

Wernicke ayant injecté à plusieurs reprises une solution sous-conjonctivale à 30 p. 100 a observé chez le lapin des troubles de la cornée qui disparaissent très lentement.

Les préparations montraient un épaississement très net du tissu épiscéral et une soudure interne entre la sclérotique et l'épiscère.

Deutchmann, à la suite de chlorure de sodium très concentré, après ponction de la sclérotique pénétrant jusqu'au vitré a constaté dans celui-ci des hémorragies.

Les injections sous-conjonctivales ont donné de bons résultats entre les mains de Gotti, Mazzoli, De Wecker, douze recollements sur quinze cas, Dor, Morgagno, Stærklé, Bourgeois.

Les résultats satisfaisants ont été surtout obtenus dans les décollements récents et causés par des traumatismes. Son efficacité est moindre dans les yeux atteints de décol-

lement depuis longtemps en même temps que d'irido-choroïdite chronique et autres lésions anatomiques.

La technique pour les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium que l'on observe à l'Hôtel Dieu dans le service du professeur De Lapersonne est la suivante :

1° Instillation par deux fois d'une solution de cocaïne à 3 p. 100 ;

2° On place le blépharostat ;

3° Lavage de la conjonctive avec cyanure de mercure à 1/5000 ;

4° Avec une aiguille très acérée, en observant les lois de l'asepsie la plus rigoureuse, on pique dans le cul-de-sac sous-conjonctival le plus loin possible du limbe, et l'on injecte sous la conjonctive cinq à six gouttes d'une solution de chlorure de sodium à 5 p. 100. ♥

5° Après avoir enlevé le blépharostat on applique sur l'œil un bandeau compressif que le malade conserve pendant douze heures.

La ponction doit être faite le plus près possible de l'équateur de l'œil, d'abord parce que le tissu sous-conjonctival est plus lâche et se laisse plus facilement pénétrer par l'injection.

Ensuite celle-ci est plus près du point décollé, qui est généralement en bas.

Malgré ces précautions nous avons observé parfois de petits accidents. L'œil devient rouge, enflammé, le malade ressent quelques douleurs et présente parfois une iritis légère qui cède facilement à l'atropine. Ce sont le plus souvent des individus présentant de l'arthritisme ou du rhumatisme.

C. — *Ponction sclérale.*

La ponction sclérale faite pour la première fois par Sichel père (1859), a pour but de donner issue au liquide sous-rétinien. Le but primitif de cette opération était de diminuer par la sortie du liquide les phénomènes irritatifs et glaucomateux qui se produisent dans les yeux atteints depuis longtemps de décollement de la rétine et d'irido-choroïdite.

La technique de la ponction sclérale a été maintes fois remaniée, selon la théorie dont on s'inspirait et le but que l'on cherchait à atteindre.

De Græfe, non content de donner issue au liquide sous-rétinien, ayant constaté qu'un état stationnaire se produit dans les décollements lorsque la rétine est déchirée, non seulement ponctionnait la sclérotique, mais faisait la dissection de la rétine. Bowman introduisait deux aiguilles à la fois.

De Wecker, pour faciliter l'issue du liquide sous-rétinien qui sort très difficilement au dehors, fit construire une aiguille trocart et un aspirateur. Les résultats furent d'abord encourageants, mais avec le temps, le zèle des partisans de cette méthode parut se ralentir. De Wecker dit : « Chez aucun de nos opérés, l'amélioration ne s'est maintenue plus d'un an, mais ce que nous croyons avoir à signaler, c'est que sur 17 opérés nous avons vu éclater une fois une irido-choroïdite purulente. L'œil s'atrophie

peu à peu au milieu d'atroces souffrances que les injections narcotiques sous-cutanées parvinrent seules à diminuer. »

On revient à la simple évacuation de l'épanchement sous-rétinien.

De Grœfe, Weber, Arlt, pratiquent la ponction de la sclérotique.

Voici le procédé que l'on emploie actuellement le plus souvent avec de légères modifications, selon les auteurs.

Après avoir bien localisé le point où se trouve le décollement, De Grœfe insistait sur ce détail, on ponctionne la sclérotique avec la pointe d'un couteau de Grœfe. On a soin de ne pas l'enfoncer trop profondément pour ne pas perforer la rétine ; à ce moment on fait faire à la lame un quart de rotation et on la retire de façon à ce que la plaie que l'on produit ait la forme d'un V. Le coin de la sclérotique ainsi formée permet l'issue du liquide et pour que celui-ci ne s'approche pas trop rapidement on rompt le parallélisme entre les plaies de la sclérotique et de la conjonctive. La ponction peut être renouvelée plusieurs fois et l'on peut obtenir de bons résultats comme Parinaud chez un de ces malades opéré il y a vingt ans.

Grœfe obtint paraît-il dans les cas opérés 20 p. 100 d'amélioration.

Lorsque le recollement des membranes se produit, il se fait un plissement de la rétine dont les traces sont visibles encore dix ou quinze ans après.

Ces plis tranchent en blanc sur le fond de l'œil et les vaisseaux rétiens qui les traversent sont coudés en ce point.

La rétine, comme l'avait observé de Grœfe, ne reprend

pas sa valeur fonctionnelle, à moins qu'il s'agisse d'un cas tout récent, et le champ visuel présente un scotome en ce point.

Nous avons vu plus haut que De Wecker cite l'irido-choroïde suppurative comme venant compliquer la ponction sclérale.

Les accidents de la ponction sont parfois très graves, et à ce sujet nous citerons le cas observé par le professeur De Lapersonne.

Il s'agissait d'un malade dont le décollement datait déjà de plusieurs années. Il se plaignait du flottement de la rétine qui lui causait du vertige et il insistait pour être opéré à cause de la gêne que cela lui occasionnait. C'était un homme de 30 ans, bien portant, ne présentant aucune diathèse. La ponction fut faite avec toutes les précautions d'aseptie voulues, mais 24 heures après le malade fut pris de douleurs atroces dans l'œil. Il était atteint d'une cyclite très intense avec enfoncement de la chambre antérieure ; décoloration de l'iris, injection conjonctivale et chemosis.

Le confrère qui avait fait appeler le professeur De Lapersonne crut à une panophtalmie en voyant l'aspect verdâtre de la pupille, mais celui-ci examina le fond de l'œil qu'il trouva un peu éclairable. On distinguait la partie décollée grise et le reste de la rétine plus rouge ; on fit un traitement antiphlogistique, iodure de potassium, compresses sur l'œil, et la cyclite disparut.

Il est probable que le résultat optique de cette opération sera très mauvais et le reste de la rétine va probablement se décoller,

Nous voyons donc que la ponction sclérale faite avec le plus grand soin chez un individu n'ayant aucune tare organique, a pu causer de graves complications ; il est vrai qu'il s'agissait là d'un décollement ancien. Il faudra être très prudent dans l'emploi de cette opération très rationnelle surtout lorsqu'on sera en présence de malades présentant une tare organique diasthésique ou infectieuse.

D. — *Iridectomie.*

M. le docteur Galezowski, voyant les excellents résultats de l'iridectomie dans le glaucome pensant que le processus était peut être semblable dans le décollement rétinien ainsi que l'estimait Dransart, qui avait essayé de démontrer les rapports cliniques et pathogéniques qui relient la myopie, le décollement rétinien et le glaucome, pratiqua l'iridectomie. Ainsi que Castorani il n'eut pas à se louer beaucoup de ce procédé. Dransart lui publia sept succès complets sur 22 cas. « Dans sept cas de recollement complet, dit-il, la rétine n'a pas recupéré les fonctions visuelles normales. Je n'ai obtenu à peu près ce résultat que trois fois et cela chez les deux plus jeunes sujets dont l'un a été opéré aux deux yeux. Dans les autres cas l'acuité visuelle a été variable $1/4$, $1/6$, $1/10$, et même $1/100$. Castaldi, publia aussi des cas encourageants.

Coppez, sur 18 cas traités, cita 2 guérisons, 6 résultats nuls et 10 aggravations.

De Wecker, sur 11 malades qu'il avait iridectomisé n'eut pas une amélioration ; chez trois sujets, au contraire,

la vision diminua après l'iridectomie malgré le décubitus dorsal prolongé pendant quatre et six semaines.

« C'est, dit-il, pas une fausse interprétation de notre cicatrice filtrante qu'à un moment donné on a cru pouvoir assimiler l'iridectomie faite contre le décollement à celle qui guérit le glaucome. »

Les observations cliniques ont établi que l'iridectomie n'avait pas grande action pour le traitement du décollement de la rétine non compliqué il est évident qu'elle garde son indication et doit être pratiquée lorsqu'il y a séclusion pupillaire pour combattre le processus glaucomateux qui tend à s'établir.

E. — *Injections de teinture d'iode.*

C'est en s'inspirant de la théorie de Lebert sur le décollement de la rétine que déjà, en 1879, M. le docteur Galewski avait injecté dans la poche sous-rétinienne deux ou trois gouttes de teinture d'iode. Il éprouva de nombreux succès. Schœler, en 1889, revint à ce procédé. Il voulait s'opposer au décollement produit par les adhérences du vitré à la rétine et la rétraction de ce dernier toujours d'après la théorie de Lebert, par ces injections irritantes. Celles ci devaient provoquer une rétinite adhésive qui aurait contrebalancé les tractions du vitré et par suite arrêté sinon amélioré le décollement.

Il pensa que la teinture d'iode par sa propriété d'exciter la sécrétion séreuse et de causer une légère inflammation,

remplirait cette indication et se servit de la formule suivante :

Eau distillée.....	5 gr.
Teinture d'iode.....	5 —
Iodure de potassium....	0 — 25

Sur 28 cas il comptā 8 guérisons, mais sur ces 8 cas il n'y eut 3 fois qu'amélioration de la vision sans recollement, Pflüger observa des améliorations à la suite de ce traitement. Cofler (de Pavie) nota 4 améliorations.

Abadie se servait pour pratiquer ces injections d'un couteau semblable à celui de Grœfe dont la lame était plus forte et le dos creusé d'une cannelure. Le manche était constitué par le corps d'une seringue. Lorsque le décollement était peu considérable, l'auteur injectait une goutte de solution iodo-iodurée qui représente 1/20 de gramme. Si le décollement était plus étendu, il faisait une injection à chaque extrémité.

Après la première injection, la maladie semble s'aggraver, mais la guérison suit toujours, au dire de l'Abadie, la deuxième injection. Avec la liqueur iodo-ioduré ce dernier, dit n'avoir plus remarqué les accidents qu'il avait avec la teinture d'iode. Dubary, en effet, avait publié des observations prises dans sa clinique et à la suite d'injections de teinture d'iode, on avait observé l'apparition de cataractes, des troubles du vitré, des rétinites des irido-choroïdites.

Parmi les autres complications causées par les injections de teinture d'iode, citons : l'aggravation du décollement

(Schweiger), l'atrophie du nerf optique (Pflüger), la phthisie de l'œil (Abadie), une méningite mortelle (Gelpke).

Wolfe ayant injecté de la teinture d'iode, d'après la technique de Schœler à douze chiens, obtint des décollements de la rétine, ce qui est le contraire de ce que l'on cherche à atteindre par ce traitement. Il semble en effet que loin de s'opposer à la rétractation du vitré, les injections seraient plutôt susceptible, comme le dit Panas, « d'exagérer le processus plastique dont le vitré est le siège ».

Il ne nous semble pas que les graves inconvénients de cette méthode puissent être mis en balance par les quelques cas, d'ailleurs assez rares, de guérison, et nous pensons qu'elle doit être écartée comme trop dangereuse.

F. — *Drainage intra-scléral.*

Le drainage intra-scléral fut essayé par De Wecker. Il traversait la sclérotique au niveau de l'épanchement sous-rétinien avec un fil d'or, celui-ci devait maintenir béante la petite fistule ainsi produite et permettre la sortie du liquide situé sous la rétine.

Ce fil était bien supporté par l'œil, il ne se produisait pas dans celui-ci de phénomènes inflammatoires, mais au bout de quelque temps il s'enkystait, des adhérences se produisaient et la filtration ne se faisait plus.

De Wecker essaya de remplacer le fil par de fines canules d'or. Il dégagait la sclérotique, la mettait à nu puis,

avec un couteau étroit, la ponctionnait. Dans la plaie ainsi faite, il introduisait la canule munie d'un mandrin, pour empêcher la fuite brusque du liquide et rendre l'introduction plus facile. La conjonctive était ensuite suturée et le mandrin retiré le liquide s'épanchait sous la conjonctive.

Ces corps étrangers inaltérables ne produisaient aucune réaction inflammatoire en les posant avec toutes les précautions de l'aseptie. Lorsque la canule se bouchait, on pouvait la déboucher avec un fin trocart. Ce procédé eut une grande vogue, mais on nota peu de succès, bientôt il fut abandonné et disparut totalement de la thérapeutique du décollement de la rétine.

G. — *Procédé de Deutschmann.*

Cette méthode opératoire est encore basée sur la théorie de la rétraction du vitré de Lebert. Par les injections sous-rétiniennes on avait voulu opposer un processus de rétraction à un autre et les adhérences de la rétine à la choroïde, à celles du vitré à la rétine.

Deutschmann lui se propose d'aller détruire les formations fibreuses du vitré. Pour cela il se sert d'un couteau à deux tranchants, avec lequel il ponctionne les membranes de l'œil et pénètre dans le vitré, là il dilacère et rompt les adhérences et les formations fibreuses qui décollent la rétine. Cette opération peut être pratiquée plusieurs fois, mais lorsque ces transfixions répétées n'ont pas pro-

duit le recollement de la rétine, on laisse s'écouler quelque temps avant de recommencer.

Deutschmann dit que les cas récents de décollement ne se prêtent pas bien à l'application de sa méthode.

Lorsqu'on s'est bien convaincu que les discisions n'ont pas amené de résultat, on a recours à l'injection de corps vitré de lapin vivant dans l'œil humain malade.

Ce vitré est dilué dans une solution de chlorure de sodium à $3/4$ p. 100.

Le but de cette injection n'est pas de remplir le globe oculaire, mais de produire une réaction inflammatoire voulue, connue d'avance et capable d'amener une adhérence durable de la choroïde et de la rétine. Nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser.

Par ces deux procédés dilacération du vitré et injection de vitré de lapin, Deutchmann a obtenu 23 p. 100 de guérison. Au congrès d'Heidelberg, il présenta des malades guéris depuis douze et treize ans.

S'il faut en croire ces résultats qui seraient encourageants, cette méthode serait précieuse, mais les autres opérateurs qui l'ont essayée, n'ont pas eu à s'en louer. (Braunstein, Jutzsenka, von Hippel.)

Enfin Wernicke l'a expérimenté chez les animaux auxquels il a fait des injections de vitré avec les solutions et selon la méthode de Deutschmann. Parfois il y avait une légère réaction passagère, mais aussi parfois une réaction violente décrite par Deutschmann ; on a pu s'assurer anatomiquement qu'il ne s'agissait pas là d'une tuméfaction du vitré, comme le croyait Deutschmann, mais bien d'une inflammation cellulaire, comme à la suite d'une infection.

La présence de cette infiltration cellulaire qui suit l'injection doit faire rejeter complètement ce procédé et Wernicke s'étonne que ces injections n'aient pas entraîné plus souvent des complications très graves.

Il est évident que c'est là une méthode audacieuse, mais elle exige des interventions répétées, parfois jusqu'à vingt, qui exposent chaque fois le malade aux pires complications et aux accidents les plus dangereux.

CHAPITRE III

De l'influence du décollement sur l'apparition de troubles oculaires.

A. — *Influence de l'étiologie du décollement au point de vue de l'apparition de complications dans les décollements de la rétine.*

Il conviendrait avant d'aborder l'étude pathogénique des complications survenant dans le décollement de la rétine, de rappeler en quelques mots, quelles sont les différentes variétés de décollements rétiens, variétés qui auront une énorme importance au point de vue des affections qui pourront se produire plus tard et dont l'apparition pourra ainsi être prévue et l'évolution devinée.

Il ne faut pas en effet oublier qu'il y a, non pas un décollement, mais des décollements de la rétine, que la façon dont il a été produit, le point où il siège, l'étendue et la gravité des lésions anatomiques qui l'accompagnent, l'état général de l'individu chez lequel ils ont été produits formeront un faisceau de renseignements précieux au sujet de son évolution future.

Par suite, nous saurons la conduite à tenir, les précau-

tions à prendre, la thérapeutique à appliquer et nous modifierons notre façon de faire selon les facteurs qui entrent en ligne.

Nous allons rapidement examiner quelles sont les principales variétés de décollement au point de vue du pronostic.

On peut les réduire à trois :

- a) Décollements secondaires à une tumeur.
- b) Décollements traumatiques dans un œil sain.
- c) Décollements produits dans un œil présentant des lésions pathologiques.

a) Nous éliminerons d'abord les décollements produits par le soulèvement de la rétine par une tumeur intra-oculaire (gliome, sarcome), le pronostic et les complications étant ceux de ces néoplasmes que nous n'avons pas à étudier ici.

b) Les décollements traumatiques accidentels ou opératoires, peuvent se produire dans un œil par plusieurs mécanismes.

Par le simple choc qui décolle la rétine; il se forme ensuite au-dessous de celle-ci un épanchement séreux; par une hémorragie sous-rétinienne consécutive au traumatisme.

Dans ces deux cas, le décollement se fait par augmentation de pression sur la face externe de la rétine. Le mécanisme contraire se produira s'il se fait une perte du vitré qui diminuera la pression à la face interne de la rétine.

Si dans ce dernier cas il se produit des hémorragies sous-rétiniennes, les deux mécanismes seront combinés. C'est dans ces sortes de décollements, lorsque, bien entendu, le

traumatisme n'a pas produit de délabrements que le traitement, quel qu'il soit, donne de bons résultats surtout si le malade est jeune. Il faut dire, pour être exact, que parfois ces décollements guérissent spontanément. La conduite à tenir dans ce cas-là sera d'instituer aussitôt un traitement et parfois la guérison se produira avec entière conservation des pouvoirs fonctionnels de la rétine.

c) Beaucoup plus sévère sera le pronostic, lorsque l'œil présentera des lésions pathologiques. Celles-ci l'auront le plus souvent grandement prédisposé au décollement, si ce ne sont pas elles qui en sont les seules causes.

Quelles seront ces lésions ? Des affections siégeant dans le tractus uvéal.

La choroïdite suppurative, dans laquelle les exsudats sous la rétine décollent cette membrane.

Dans l'irido-cyclite et l'irido-choroïdite, la rétraction des exsudats situés dans le vitré et adhérents à la rétine la soulèvent.

Mais le décollement pourra se produire d'une autre façon, comme dans le cas de chorio-rétinite en foyers siégeant dans la région antérieure de l'uvée qui provoque des épanchements hémorragiques sous-rétiens.

Parmi les affections qui causent le décollement de la rétine, nous citerons la myopie progressive. Mais il faut s'entendre sur ce mot. La myopie progressive n'implique pas nécessairement un degré élevé de myopie, et d'autre part, la myopie élevée peut n'être pas progressive. Ce qui caractérise cette myopie, comme l'a bien établi le docteur Bichon dans sa thèse, c'est qu'elle est le plus souvent une manifestation de l'infection de l'économie tout entière. Elle

s'accompagne de lésions de la choroïde, de la rétine, des vaisseaux de la papille, du vitré (rétraction, ramollissement). Signalons ce fait sur lequel nous reviendrons. Quant à la myopie, simple allongement de l'axe de l'œil, il faut ne la considérer, ainsi que l'ont fait la plupart des auteurs, que comme une cause prédisposante au décollement de la rétine distendue.

Les décollements qui se produisent dans des yeux atteints déjà gravement, dans un organisme qui présente souvent des vices de la nutrition, comporteront un pronostic sombre. C'est dans le traitement de ces décollements que les méthodes les plus diverses non seulement n'amèneront aucune amélioration, mais encore parfois ne feront que provoquer des accidents et hâter la marche fatale du processus.

Il faudra donc être très réservé dans de pareils cas et n'user que d'une thérapeutique prudente.

B. — *Esquisse pathogénique des complications du décollement de la rétine.*

Est-il possible et comment cela peut-il se faire qu'une rétine décollée le plus souvent partiellement provoque dans l'œil une telle irritation que les nombreuses complications que nous avons décrites dans le début de ce travail se produisent.

Les *inflammations du tractus uvéal* sont, nous le savons, parmi les plus fréquentes des complications du dé-

collement de la rétine. Comment prennent-elles naissance? Nous devons envisager tout d'abord qu'il n'est pas bien certain que les influences mécaniques seules soient dans ce cas en jeu et que, par conséquent, nous devions aussitôt penser à la présence d'un état inflammatoire dû à une affection d'ordre plus général.

Nous reviendrons plus loin sur ces infections générales. Mais voyons dès maintenant si les troubles mécaniques dus au décollement ne sont pas des facteurs très importants permettant par la perturbation locale qu'ils apportent la localisation en ce point de l'infection générale. Le vitré est malade dans presque tous les cas de décollement. Les lésions choroïdiennes, en effet, retentissent sur sa nutrition (dans ce cas la lésion vitrénne est primitive au décollement). Ce sont en effet les lésions disséminées de chorio-rétinite, surtout lorsque le décollement siège dans les régions antérieures, qui retentissent sur la nutrition et la sécrétion des procès ciliaires et par suite sur la nutrition du vitré.

On sait, en effet, d'après les expériences de Boucheron, de Lebert, de Nisnamoff, d'Angelucci, que les procès ciliaires ont une importance considérable dans la nutrition du vitré.

Du reste, Ovio et Leplat, par des injections d'iodure de potassium, ont vu cette substance passer des procès ciliaires dans le vitré (ce qui n'infirme en rien le rôle attribué par Panas à la rétine).

Minocki a même été plus loin, il a montré que du ferrocyanure injecté dans le sang avait envahi tout le vitré au bout d'une heure vingt.

Mais les troubles du vitré peuvent, au lieu de précéder le décollement de la rétine, car on tend de plus en plus à lui faire jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de cette affection (théorie de la rétraction du vitré, Lebert); sans éliminer cependant complètement la théorie osmotique de Raehlmann et la théorie exsudative d'Arlt et De Grœfe, les troubles vitreux disons-nous peuvent être consécutifs au décollement.

La rétine étant refoulée vers le centre de l'œil, le vitré déprimé d'une part, séparé d'autre part de la choroïde, par cette rétine décollée et par l'exsudat sous-rétinien ne pourra plus échanger normalement les matériaux nutritifs dont il a besoin. Si le vitré est malade il en résulte dans la tension oculaire, des modifications considérables et entre autre rôle on connaît l'influence du tonus oculaire sur la réplétion sanguine de l'œil et son rôle pour garantir cet organe contre les congestions vasculaires brusques (Lebert, Gronhölm, Heine, Nicati). Il en résulte aussi des perturbations dans les courants nutritifs qui vont du tractus uvéal vers le vitré (Lebert, Nisnamoff, Ovio et Leplat), des perturbations dans les courants du vitré vers le nerf optique, voie de décharge postérieure (Markwort, Lacueur, Russi, Leplat, Nuelet Benoit, Stilling, Priestley-Smitt, Schwalbe, Hulrich, Giffard), des perturbations dans les courants, du vitré dans l'espace péricoroïdien (Schwalbe, Axel Key et Retzius), vers la voie antérieure (Lebert).

Il est donc facile de concevoir que ces lésions vitréennes primitives ou secondaires mettront le globe et surtout la partie du globe à qui est dévolue le rôle si important de présider aux échanges nutritifs qui s'y pas-

sent, le tractus, en état de moindre résistance. D'autre part, les tiraillements qui se produisent dans une rétine décollée vont augmenter l'état de souffrance de l'œil et le docteur Cantonnet a rassemblé plusieurs observations dans lesquelles l'étude du champ visuel pour le bleu et les couleurs montre des zones de tiraillement concentriques à la région papillo-maculaire.

Les affections générales trouveront donc un terrain tout préparé pour s'y greffer et s'y développer.

Il est évident que si le rôle de l'infection générale nécessaire à notre avis était nié, nous ne verrions pas pourquoi tous les malades atteints de décollement de la rétine ne seraient pas atteints d'inflammations uvéales.

On peut expliquer les cas dans lesquels le glaucome vient compliquer un décollement de la rétine, pour la presque totalité des faits, par la perte de communication existant entre les deux chambres de l'œil comme conséquence de l'inflammation irienne ou des exsudats dus à une irido-cyclite qui viennent obstruer la voie de décharge antérieure. Il n'y a donc là rien de bien spécial au sujet qui nous occupe et nous n'y insisterons pas davantage.

La présence de cataractes fréquentes dans les yeux atteints de décollement, nous paraît devoir être expliquée parce que nous savons du rôle de la rétine dans la nutrition du cristallin.

Des recherches de Bouchard et Charrin, Panas, Druault, il résulte qu'après une injection d'une forte dose de naphthaline dans le sang du lapin, il se manifeste après dix-huit ou vingt-quatre heures un trouble dans l'équateur et les zones corticales postérieures du cristallin. Ce trouble est

composé de grosses et de petites vésicules dans les fibres et de petites entre les fibres. Si l'action toxique cesse, la lentille s'éclaire d'abord par les parties les premières atteintes (couches postérieures), elle s'éclaircit aussi très vite si elle est placée dans l'eau.

L'explication de ce phénomène a été attribuée par Panas à un trouble rétinien ; en effet il y a dans la rétine des lésions marquées très bien étudiées par Druault au point de vue histologique.

On a objecté que le trouble cristallinien commence avant les lésions rétiniennes et on a alors cherché à expliquer la cataracte naphthalinique par une soustraction d'eau ou par des lésions congestives des procès ciliaires. Le rôle de la rétine se dégage cependant comme de première importance dans la nutrition du cristallin. Après ce que nous venons de dire, nous pouvons être bref sur la genèse des lésions cristalliniennes au cours du décollement.

En allant même jusqu'à refuser toute importance à la rétine décollée, on serait forcé d'admettre que ce sont ces troubles du vitré qui sont la cause de ces lésions cristalliniennes, quant à la luxation du cristallin, c'est un des phénomènes terminaux assez fréquents et dus aux relâchements de la zonule ciliaire et à la rétraction du vitré.

C. — *Influence de l'état général.*

Nous avons vu que tous les traitements du décollement de la rétine sont susceptibles de provoquer des complications des plus diverses, mais faut-il conclure que toutes ces complications sont provoquées par eux. Non certes, et d'ailleurs, il est un fait qui s'impose, c'est que des complications surviennent parfois et sont très graves dans des yeux qui n'ont jamais été l'objet d'aucune thérapeutique. Voilà donc des traitements déchargés en partie des méfaits dont on les accusait.

Il faut aller plus loin et rechercher s'il n'y a pas dans les complications, à côté de la part qui revient au traitement, un autre facteur qui cause le processus pathologique atteignant l'œil.

Nous avons vu d'autre part que le décollement agissait sans doute d'une façon certaine par les troubles locaux qu'il déterminait, troubles qui étaient d'ailleurs insuffisants pour expliquer les affections graves qui pouvaient éclater dans les yeux atteints de décollement de la rétine.

Il est un facteur qu'il est nécessaire d'invoquer maintenant et qui nous expliquera les troubles que ni le traitement ni l'action mécanique de la rétine décollée ne pouvaient produire, ce facteur, c'est la modification de l'état général.

Cette modification de l'état général, due à une infection ou une diathèse, nous la retrouverons presque toujours

dans les antécédents de nos malades si nous nous donnons la peine de la rechercher. Le rôle des affections générales, qu'elles soient aiguës ou chroniques, n'est plus niable dans la production du décollement de la rétine. Donc, lorsque nous serons en présence d'un œil porteur de décollement de la rétine simple ou compliquée, il faudra nous demander quelle peut être sa cause organique, il faudra interroger le malade sur ses antécédents pathologiques, fouiller son passé et trouver dans son état général l'explication de la lésion localisée.

Comme l'a démontré depuis longtemps M. le professeur De Laperonne, la myopie progressive est souvent causée par la syphilis ; nous savons le grand nombre de décollements que fournissent les yeux atteints de myopie progressive et à la base de toutes ces manifestations pathologiques, nous trouverons la syphilis. Cela nous expliquera les résultats parfois excellents que produisent les frictions et les injections mercurielles associées à une dose même légère d'iodure de potassium comme traitement général. Cela nous donnera aussi la raison de l'apparition de ces iritis et irido-cyclites se produisant à l'occasion des plus légers traumatismes comme un bandeau trop serré.

L'arthritisme, la goutte, le rhumatisme, que nous avons souvent signalés dans nos observations produiront eux aussi des complications parfois bruyantes qui disparaîtront grâce à un simple régime à l'observation stricte de règles d'hygiène oubliées. Je n'en veux pour exemple que celui de ce malade de M. le professeur De Lapersonne, arthritique, chez qui un régime végétarien, du lait comme boisson et localement de simples instillations d'atropine amenèrent une

rapide amélioration non seulement de l'iritis intercurrente, mais aussi du décollement. Cet autre présentant une irido-choréïdite grave à la suite d'une compression trop forte parce qu'il était albuminurique, un autre parce qu'il était rhumatisant.

Nous savons que le diabète, par la perturbation qu'il apporte dans les échanges nutritifs entre les éléments anatomiques de l'économie, prédispose celle-ci à se défendre moins activement contre les processus infectieux et des complications oculaires seront sa conséquence,

Le rhumatisme a été souvent cité, plus rarement le saturnisme. Le paludisme a été signalé par Sulzer Lagrange, Galezowski, Pechin. La coqueluche a été rapportée une fois.

Dans nos observations personnelles, chez une malade atteinte d'irido-cyclite, myope du reste, nous avons retrouvé des antécédents pathologiques du côté des organes génitaux, une métrite datant de 15 ans et la malade fut opérée d'un polype de l'utérus quelque temps avant le début de son décollement. Chez une autre le décollement se produisit au septième mois de la grossesse sans qu'aucune autre cause ait pu être invoquée qu'une auto-intoxication qui a pu se produire à cette époque.

Lagrange a constaté un décollement consécutif à l'ablation de végétations adhénoïdes du pharynx avec état grave de l'œil.

Donc dans les antécédents des malades atteints de décollements de la rétine, nous trouvons généralement une infection ou une diathèse.

Si nous laissons de côté les décollements produits par

les tumeurs, nous constaterons que les décollements traumatiques se produisant dans un œil sain ne donneront pas de complications si le sujet ne présente pas ensuite une infection générale.

Les yeux atteints de complications de décollement appartiennent généralement à des individus porteurs d'une tare organique : chez ces patients, l'irritation mécanique produite par la rétine décollée, par les tiraillements des membranes, par la dégénérescence du vitré, par la perturbation apportée dans les échanges intra-oculaires par l'oblitération partielle parfois totale des voies de décharge, toutes ces causes réunies provoqueront une localisation du processus pathologique général. C'est à la suite d'une opération chirurgicale faite dans toutes les règles de l'aseptie parfois même d'une simple compression, que l'affection intercurrente se produira dans l'œil.

Ainsi se trouvera réalisée à l'occasion d'un traitement la complication du décollement de la rétine par localisation d'un processus pathologique infectieux ou diathésique dans un œil prédisposé par le décollement rétinien.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur De Lapersonne.)

M..., professeur de faculté.

Décollement de la rétine à début brusque.

Obèse, arthritique, faisant de la rétention intestinale.

On fait l'application d'un bandeau compressif et des injections sous conjonctivales de chlorure de sodium.

Deux mois après le début de l'affection, iritis, synéchies postérieures. Instillation d'atropine. Traitement anti-arthritique. Purgatifs fréquents. Iodure de potassium. Régime lacté. Amélioration rapide de l'iritis et du décollement.

OBSERVATION II

(Due à l'extrême obligeance de M. le professeur De Lapersonne.)

M..., entrepreneur.

Décollement de la rétine.

Arthritique et gouteux.

Décollement.

On applique un bandeau compressif.

Quelque temps après le début du décollement, iritis violente.

OBSERVATION III (personnelle).

Ser... Reine, 60 ans, venue le 20 octobre 1906 à la consultation. La fiche porte :

O. D. — Décollement étendu, trois ou quatre petits dépôts de pigments sur la cristalloïde antérieure, synéchies postérieures rompues.

O. G. — Hypermétropie.

A. P. — S'est toujours bien porté, deux enfants bien portants.

3 novembre 1906.

O. D. — Iris crénelé.

Pupille ne réagit pas.

Cristallin, rien.

Ophthalmoscope. O. D., un peu de trouble du vitré.

Décollement étendu en bas et en dehors.

Champ visuel conservé sur une très petite étendue en bas et en dehors. Tonus légèrement diminué.

Traitement : injections sous-conjonctivales.

15 novembre 1906. Iris décoloré. Pupille réagit paresseusement. Conjonctive rouge injectée surtout à la partie inférieure. On ne fait pas d'injections sous-conjonctivales. Atropine deux fois par jour, compresses chaudes.

19 novembre 1906, On ne constate plus aucune inflammation oculaire.

OBSERVATION IV (personnelle).

M. C..., 56 ans,

16 février 1907. Vient pour la première fois à l'Hôtel-Dieu.

Il a eu à plusieurs reprises il y a longtemps de la conjonctivite.

Il était myope, dit-il, mais voyait cependant mieux de l'œil droit. Il porte depuis plusieurs années des verres, — 10 pour les deux yeux.

OD. En 1885. Troubles visuels, il voit les objets déformés. On constate à ce moment-là un décollement de la rétine. Le malade voyait mieux dans la partie droite du champ visuel.

La vision diminue progressivement sans aucune douleur à aucun moment, puis disparaît complètement en 1889.

Depuis, l'œil est sensible de temps en temps pendant quelques jours à la pression, et le malade ressent plutôt une gêne qu'une douleur. A ce moment-là le malade dit que son œil est très légèrement rouge.

Il y a huit jours, a reçu sur cet œil une bourse en métal contenant de l'argent, lancée d'environ trois mètres. Depuis, il ressent des douleurs très violentes. La conjonctive est très légèrement rouge. La chambre antérieure est excessivement profonde et présente à la partie inférieure un hyphéma. L'iris est enfoncé en entonnoir de décoloré, rougeâtre (celui de l'autre œil est gris). Très profondément située, la pupille est irrégulière, aplatie de haut en bas et le fond est occupé par une masse blanche qui semble être formée par des exsudats anciens organisés. Le tonus est diminué. L'œil est assez sensible à la pression. Fond d'œil inéclairable. Le globe oculaire est sensiblement plus petit que de l'autre côté.

O G. N'a jamais rien eu.

Fond d'œil normal.

OG — 10. V = 0,9.

Etat général : Rhumatisant. Pas de syphilis acquise ni héréditaire.

OBSERVATION V. (personnelle).

Mme A..., dame de compagnie.

La malade, qui faisait des lectures prolongées, sans corriger sa forte myopie, fut atteinte, il y a trois ans, d'un décollement de la rétine de l'œil droit qu'on traita par des instillations d'atropine. Elle cessa bientôt ce traitement. Depuis, la vision a baissé progressivement.

A. P. Métrite depuis quinze ans; Opérée d'un polype il y a cinq ans. Phosphaturie abondante.

Depuis quinze jours, O. D. rouge et douloureux, est soigné pour conjonctivite.

8 novembre 1906. O. D. Rouge. Douleurs péri-orbitaires, paupières infiltrées. Conjonctive bulbaire injectée. Conjonctive palpébrale modérément rouge.

Larmolement, pas de sécrétion. Injection périkeratique plus marquée à deux millimètres du centre *scélo*-cornéen. Iris décoloré, avec une petite zone hémorragique à la partie inférieure. Pupille irrégulière, crénelée, excentrique. Décollement de la rétine. Tonus normal. Conservation de la vision quantitative en bas et en dehors. O. G. Myopie — 11. avec *scélo*-choroïdite postérieure devenue pupillaire. $V = 0,2$.

On fait à la malade des instillations de cocaïne et d'atropine en surveillant le tonus. Purgation. Sangsues à la tempe.

17 novembre 1906. Vives douleurs dans l'œil droit et hémorragies dans la chambre antérieure.

Le 19. L'hyphéma s'est constitué.

Le 20. Corps flottants du vitré constatés dans l'œil gauche. On prescrit des frictions mercurielles.

Le 4 décembre 1906. L'hyphéma se résorbe lentement. Douleurs passagères dans l'œil. Tonus légèrement diminué. La malade continue ses frictions mercurielles. Iodure de potassium.

19 janvier 1907. La malade, qui n'est plus venue nous voir de puis un mois, dit qu'elle a éprouvé de vives douleurs dans l'œil droit.

O. D. Conjonctive injectée. Chambre antérieure très diminuée de profondeur. La pupille contractée ne réagit pas, l'iris n'est pas décoloré. L'orifice pupillaire est occupé par des exsudats blancs, verdâtres, ceux ci sont hémorragiques sur le bord de la pupille. Séclusion pupillaire. Tonus très sensiblement augmenté.

Plus aucune sention lumineuse. $V = 0$.

OBSERVATION VI (personnelle.)

Ger... Julienne, 57 ans.

A. P. S'est toujours bien porté, ni syphilis ni rhumatisme, ni tuberculose, ni métrite, myopie forte, depuis sa jeunesse a eu, dit-elle, la gourme aux yeux, qui lui a laissé des taies sur l'œil droit. Il y a huit ans, un décollement de la rétine de l'œil gauche se produit en trois mois environ. Après des mouches volantes et la disparition de la partie inférieure des objets.

En même temps, l'acuité visuelle de l'œil droit diminuait, la malade ne fut jamais soumise à aucun traitement, ni médical ni chirurgical.

A. H. Pas de parents myopes.

E. A. 28 novembre 1906.

O. G. La cornée présente une zone périphérique d'infiltration blanc opaque, la chambre antérieure est très profonde, conique, l'iris ne réagit pas. Iridodonésis.

La pupille est encombrée d'exsudats blanc nacré, à reflets métalliques. Séclusion. Tonus très faible.

L'œil est mou, non douloureux, atrophique.

L'amaurose est complète et la malade n'a plus aucune sensation lumineuse.

Décollement rétinien.

Irido-cyclite régressive.

Cet œil s'est atrophié sans jamais causer aucune douleur.

O. D. Troubles cornéens, semblables à ceux de l'œil gauche.

Opacités cristalliniennes.

Décollement de la rétine.

Le tonus est sensiblement normal.

OBSERVATION VII

(Due à l'amabilité du docteur Cantonnet).

Mlle H..., 55 ans, couturière.

A. H. Père mort, 77 ans, cancer de l'estomac. Mère morte, 46 ans, bronchite chronique. Frère mort à 47 ans de tuberculose pulmonaire. Sœur morte à 44 ans de la même affection. Une sœur, 53 ans, vivante, présente un néoplasme utérin en cours. Une autre sœur vivante est atteinte d'hémiplégie gauche.

A. P. A 36 ans, coqueluche, à 49 ans, albuminurie pendant 18 mois, n'en a plus présenté depuis.

Œil. — Pas de myopie dans sa famille. Elle attribue la genèse de sa myopie à une kératite double qu'elle a eu à l'âge de 9 ans.

Le 12 octobre 1906. Pupille moyennement dilatée, réaction normale. Œil totalement inéclairable. Bonne projection lumineuse. Vision nulle.

M. le professeur De Lapersonne, à qui la malade est présentée, pense qu'il s'agit là d'une hémorragie sus et sous-rétinienne.

19 octobre 1906. La malade distingue les formes.

On met la malade aux injections sous conjonctivales de chlorure de sodium.

22 octobre 1906. Brusquement vision nulle, douleurs légères.

2 novembre 1906. Distingue de nouveau les formes. Neuvième injection sous-conjonctivale.

5 décembre 1906. Treizième injection sous-conjonctivale.

On prescrit le traitement mercuriel de trois injections intra-

musculaires par semaine de 1 centimètre cube d'une solution de sublimé à 1 p. 100.

2 janvier 1907. Les injections mercurielles ont été régulièrement faites, sans paraître avoir fait faire des progrès plus rapides. Rougeur des vaisseaux ciliaires, petitesse de la pupille, paresse des reflexes, légère douleur. Atropine, 1 centigramme pour 10 grammes.

3 janvier 1907. Pupille dilatée, douleurs disparues. On constate de petits dépôts pigmentaires, prouvant qu'il y a iritis.

$V = 1/10$ avec — 14.

2 février 1907. La malade a éprouvé à plusieurs reprises des douleurs frontales.

Iris sale, pupille rétrécie. Sur la face postérieure de la cornée est un petit triangle de dépôts descemétiques.

4 février 1907. Poussée d'iritis séreuse avec un peu de rouge le long du triangle descemétique.

8 février 1907. Séclusion pupillaire totale.

La pupille est soudée à la face antérieure du cristallin par le pigment irien. L'iris réagit à la lumière, mais la pupille reste immobile.

OBSERVATION VIII (résumée).

Erick Nordenson (*Die Netzhautablösung untersuchungen über deren pathologische, anatomie und pathogenese. Wiesbaden 1887.*)

22 S..., 31 mars 1883, subit trouble de la vue.

6 avril 1883, décollement de la rétine en dehors, en haut et en bas.

Staphylome postérieur.

Foyer de choroïdite.

Nombreux troubles du vitré.

Cataracte capsulaire.

Plus tard, irido-cyclite pupillaire avec augmentation du tonus après la séclusion.

OBSERVATION IX

(Due à l'extrême obligeance de M. le professeur de Lapersonne.)

M. L..., myopie très élevée. Le malade présente un décollement de l'œil gauche occupant la partie inférieure et externe de la rétine. Ce décollement datant de plusieurs mois.

M. le professeur de Lapersonne n'avait pas jugé utile d'intervenir même par des injections sous-conjonctivales. Quelque temps après, le malade se présentait avec une lettre d'un très très distingué confrère, demandant à M. le professeur de Lapersonne son avis sur l'opportunité d'une ponction sclérale. Le malade ne se faisait pas illusion sur la gravité de son décollement, mais voulait être débarrassé de ce voile qui venait constamment obscurcir son point de fixation. Il désirait vivement se faire faire une ponction sclérale, ayant entendu parler de ses bons effets.

Il ne paraissait pas y avoir de contre-indication formelle et l'opération fut faite avec toutes les précautions usitées en pareil cas.

Vingt-quatre heures après, M. le professeur de Lapersonne fut rappelé en consultation auprès du malade, qui éprouvait de vives douleurs. La paupière supérieure était tuméfiée, la conjonctive était injectée et présentait du chémosis.

L'iris était verdâtre, la pupille était très profonde dans un œil, très mou, fort douloureux.

La pupille présentait un aspect chatoyant et le confrère se demandait s'il ne se trouvait pas en présence d'une hyalite suppurée.

M. de Lapersonne put le rassurer à ce sujet, car malgré la profondeur de la pupille et son aspect chatoyant, le fond d'œil n'était pas tout à fait inéclairable et l'on distinguait la partie décollée du reste de la rétine.

On fit un traitement antiphlogistique. Atropine, iodure de potassium, compresses sur l'œil et la cyclite disparut.

Le malade, revu récemment, ne présente pas trop de synéchies postérieures. Le tonus est normal de nouveau. L'état de la vision est à peu près le même qu'avant.

OBSERVATION X

(Due à l'extrême obligeance de M. le professeur de Lapersonne.)

M..., 43 ans.

Décollement de la rétine.

L'examen du champ visuel indique la disparition de la perception lumineuse dans toute la partie supérieure.

Le malade est sujet à des attaques de rhumatisme.

On fait au malade dix injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium supportées sans aucune réaction inflammatoire.

Après la onzième injection, on constate une iritis et irido-choroïdite grave. Le tonus est diminué considérablement.

Interruption des injections sous-conjonctivales et traitement des accidents pendant plusieurs semaines.

Quelque temps après, on constate, par l'examen du champ visuel, à la bougie, que celui-ci présente une étendue presque normale et que la perception lumineuse a reparu dans la partie supérieure.

OBSERVATION XI

(Due à l'extrême obligeance de M. le professeur de Lapersonne.)

M..., colonel du génie

Myopie : 6 d.

Néphrite chronique. Diabète. Sucre : 40 grammes en vingt-quatre heures.

On applique un bandeau compressif.

Un mois après le début du décollement, le malade présente une irido-choroïdite grave.

OBSERVATION XII (personnelle).

Mme C... Anna, 39 ans. Journalière.

18 mars 1903.

A. H. Mère et frère myopes.

Pas d'autres antécédents héréditaires.

A. P. Pas de maladies. Myopie ancienne. Cinq enfants et une fausse couche.

1° Deux jumelles à terme, mortes à vingt mois (diphthérie).

2° Une fille à terme, morte à 3 ans (diphthérie).

3° Fausse couche à trois mois.

4° Une petite fille vivante, bien portante.

Mari mort récemment d'accidents septiques, en déchargeant un tombereau d'ordures.

A partir de l'âge de 18 ans, sa vue a baissé. Elle ne peut préciser la date de la cécité absolue. A porté des verres seulement depuis 1900.

O. D. N'a jamais été douloureux ni rouge. Chambre anté-

rieure très profonde. Séclusion pupillaire complète, pupille encombrée d'exsudats blancs et absolument immobile.

Ceil très mou, non douloureux, atrophique.

O. G. Myopie. Acuité V ($-12 + 1.50 = 155$) = 0.3. Fond d'œil : Papille un peu blanche, entourée d'un large croissant d'atrophie choroïdienne.

OBSERVATION XIII

(Gros Otto. Bericht uber 170 Fälle von netzhautablösung.

Thèse Giessen, 1903.)

14 avril 1898. S. V..., de H..., 50 ans, cordonnier.

Myope depuis son enfance. En 1892, obscurcissement de l'œil gauche. Depuis un an et demi, atrophie de l'œil gauche. Depuis ce temps, le malade se plaint de fréquentes inflammations spontanées du même œil avec douleur.

O. D. Taie centrale punctiforme. Cristallin normal. Troubles du vitré très peu nombreux. Très fort staphylome. Choroïdite périphérique, surtout en haut.

Myopie — 15 D.

O. G. Phtisie du globe. Cornée transparente. Bulbe légèrement injecté, douloureux.

Décollement.

Enucléation de l'œil gauche.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Mlle T... Radegonde, 25 ans.

A. H. Père bien portant.

Mère bien portante, nerveuse.

Sœur bien portante.

Frère mort à 17 ans.

A. P. A eu la rougeole.

Adénite cervicale non suppurée étant jeune.

Sujette aux rhumatismes.

N'a jamais eu mal aux yeux avant l'âge de 18 ans, elle voyait très bien de loin, dit-elle.

Elle s'aperçoit en 1900, qu'elle n'y voit plus avec l'œil gauche avec lequel elle voyait encore la veille. Donc début brusque. Sa vision n'est pas totalement supprimée, car elle peut lire les grosses lettres d'un journal, mais elle n'en distingue que la partie supérieure et il lui semble qu'elle a : « un voile qui pend devant son œil ». Elle consulte un oculiste, qui diagnostique un décollement de la rétine. Il y a de cela 7 ans.

Un mois après, la vision semble s'être un peu améliorée, puis le brouillard s'étend, dit-elle, sur tout l'œil et un spécialiste qu'elle voit à Poitiers proscrit l'atropine qu'elle employait; elle voit un autre spécialiste à Angoulême, qui trouve du glaucome. Pilocarpine.

La malade se refuse à subir l'iridectomie proposée. On lui fait du massage, l'œil n'est pas douloureux.

On la met au régime déchloruré sans résultat. Enfin on lui fait une ponction sclérale.

Il y a un an elle a une attaque de rhumatisme qui dure trois semaines, son œil droit voit progressivement moins bien, elle a des mouches volantes. Elle voit bleu, puis vert.

En même temps elle éprouve des douleurs frontales et occipitales, qui cessent après les repas, qu'elle compare à un cercle qui serrerait sa tête. Dans l'œil quelques douleurs peu violentes.

Son acuité visuelle diminue toujours et elle voit un cercle vert autour des flammes.

Actuellement, le 6 janvier 1907 :

O. D. Taie de la cornée.

L'iris est décoloré et ne réagit pas. Pupille dilatée.

O. G. Augmente de volume. Cornée opaque, l'iris est décoloré et ne réagit pas, légèrement contracté. L'examen du fond de l'œil est très difficile, à cause des opacités cornéennes. A droite, la pupille paraît normale, à gauche, on constate à la périphérie de la rétine une petite hémorragie.

Le tonus dans les deux yeux et surtout dans l'œil gauche est au-dessus de la normale. Des deux côtés la perception lumineuse est très imparfaite.

Le 10 janvier 1907. On fait une iridectomie des deux côtés.

Le 12 janvier 1907:

O. D. Chambre antérieure normale. Tonus normal.

O. G. On constate un épanchement sanguin de la chambre antérieure, l'œil est gros, rouge, dur et tendre; la chambre antérieure est diminuée de profondeur, le tonus est très élevé. La malade quitte l'hôpital.

5 février 1907. Pas d'amélioration, douleurs, œil rouge, perception lumineuse très imparfaite.

OBSERVATION XV (résumée)

(Erick Nordenson. *Die netzhautablösung untersuchungen über deren pathologische anatomie und pathogenese*. Wiesbaden, 1887.

Paysanne, 52 ans. Emmétrope. Double décollement spontané. Œil droit. Décollement de la rétine avec rupture. Violente iridocyclite intercurrente. L'iris est coudé et tiré en arrière. Approfondissement de la chambre antérieure. Accroissement de pression. Enucléation de l'œil amaurotique à cause de la vive douleur.

Œil gauche. Décollement de la rétine, en bas, sans rupture appréciable.

Symptômes intermittents d'irido-cyclite avec traction en arrière de l'iris et augmentations passagères de pression.

Depuis quatre ans a souffert de rhumatisme.

22 mai 1884. Premiers troubles visuels.

14 juin 1884. On constate un double décollement.

23 juin 1884. O. D. La malade ressent de fortes douleurs, l'iris est verdâtre et présente à plusieurs synéchies postérieures. La chambre antérieure est exceptionnellement profonde. Amaurose absolue.

Douleurs provoquées par la pression dans la région ciliaire. Pression très augmentée. O. G. Même état.

2 juillet 1884. Enucléation à cause des douleurs.

16 mars 1885. O. G. Depuis huit jours douleurs, injections conjonctivales. Chémosis. Iris verdâtre, décoloré. Pupille réagit peu.

Deux fines synéchies. Chambre antérieure très profonde. Atropine à un demi p. 100, deux ou trois fois par jour. Tonus élevé. Salicylate.

29 décembre 1885. Nouvelle poussée inflammatoire. Douleurs. Tonus normal. Applications chaudes. Atropine. Salicylate de soude.

18 mai. Plus d'inflammation.

10 mars 1887. Plus d'inflammation. Quelques synéchies sur le bord de la papille.

OBSERVATION XVI

(Erick Nordenson. *Die Netzhautablösung untersuchungen über deren pathologische anatomie und pathogenese*. Wiesbaden, 1887.)

St..., 66 ans, secrétaire des postes.

10 août 1880. O. D. Décollement de la rétine remontant très haut. Trouble de la vision depuis peu. Myopie : 7 d., les doigts. 1/2 champ visuel, manque en bas et en dedans.

O. G. Myopie : 7 d. Champ visuel libre.

On fit porter au patient un bandeau en le laissant levé, et au bout de huit jours la puissance de vision monta jusqu'à compter les doigts à 40 centimètres.

16 août. O. D. Iritis, mais de l'injection ciliaire, la décoloration verdâtre de l'iris et de légers troubles diffus de la cornée se montraient.

17 août. O. D. L'injection de la décoloration de l'iris peu diminuée.

19 août. O. D. Après atropine de la pupille modérément dilatée sans synéchie, on voit la pupille et, tout près d'elle, un décollement limité en forme de sac.

En haut et en dedans, on trouve dans celui-ci une grosse brèche bâillant avec un bord déchiqueté et un bord lisse. Pas de troubles flottants du vitré.

21 août. O. D. Myopie : 5,50 d., compte les doigts à 15 centimètres.

23 août. Myopie : 4,5 doigts 15.

3 septembre. Aujourd'hui, début de glaucome. Œil très dur. Pupille dilatée au maximum. Tumeur aqueuse trouble. Pupille visible rouge non excavée. Chambre très profonde. Esérine.

6 octobre. O. D. Plus d'injection, l'iris très vert. Pression un peu abaissée, pupille dilatée moyennement, un peu irrégulièrement, un peu rétractée, chambre cependant de profondeur normale, fort flottement de l'iris et du cristallin.

26 octobre. O. D. Même état, iridodonesis.

19 juin 1882. O. D. Se présente par hasard, l'œil sans injection présente une fine membrane pupillaire et des troubles sensibles du cristallin, iris à peine décoloré. La pression est très peu abaissée. V = mouvements de la main.

OBSERVATION XVII

(Druault. *Archives d'ophtalmologie*, 1899.)

Katharina, 57 ans.

Le 8 décembre 1892. Se présente à la clinique d'Heidelberg.
Mouches volantes depuis six mois.

O. D. — 6D V = 1/6.

O. G. — 6D V = 1/3.

Flocons du vitré. Stries dans la région équatoriale du cristallin. Léger strabisme divergent.

Le 11 janvier 1893. O. D. — 6 les doigts à 4 mètres.

O. G. — 6 V = 1/3.

O. D. Décollement rétinien en bas, en dedans plis verticaux et horizontaux.

Vaisseaux déplacés, pas d'hémorragie dans la rétine décollée. Quelques synéchies postérieures très nettes. Atropine.

Le 12. Pupille dilatée au maximum.

Le 17. Opération. Lambeau conjonctival en dedans et en bas. Ponction de la sclérotique avec pique en arrière du corps ciliaire dans la région équatoriale. Il s'écoule une certaine quantité de liquide visqueux. Excision d'un lambeau triangulaire de sclérotique de 2 millimètres de long sur 1 millimètre de large. Suture du lambeau conjonctival.

Le 24. Le pli rétinien est mieux placé, on voit nettement le fond de l'œil et on constate un léger soulèvement de la rétine en bas.

Le 25. L'œil est bien extérieurement. La pupille est vue confusément à travers le vitré rempli de flocons. Reflet blanchâtre en bas. V = compte les doigts de 4 à 5 centimètres.

Le 1^{er} mars. Fort mal à la tête à droite. Douleur dans l'œil droit qui est injecté et larmoyant. Iris un peu décoloré. Pupille rétrécie réagissant peu et lentement, ne se dilatant pas bien par l'atropine. Atropine trois fois par jour.

Le 2. Pupille large. En bas décollement et gros caillot.

Le 4. Nombreux flocons. Décollement à peu près total.

O. D. V = les doigts à 0 m. 75.

Le 10 juillet. Douleurs dans la tête et l'œil droit.

O. D. V = les doigts à 0 m. 25.

O. G. — 6 V = 1/3.

Pupille large fixe, nombreuses synéchies, vitré trouble. Décollement total, on ne peut voir la papille. Tonus un peu augmenté. Esérine.

Le 26. Douleurs presque disparues. Pupille petite, un peu ovale. Tension meilleure. Esérine continuée.

Le 16 octobre 1893. Tension plus élevée, fond d'œil inéclairable.

Plus rien jusqu'en 1898. Depuis l'œil droit est de temps en temps douloureux.

Le 26 avril 1899. Amaurose totale. Bulbe très dur. Synéchies postérieures circulaires. Soudure totale de l'angle de la chambre antérieure. Fond d'œil inéclairable, on suspecte une tumeur de l'œil droit, son énucléation est proposée au malade.

Le 25 mai. L'énucléation a été retardée depuis quelques jours. Il s'est formé un ulcère superficiel de 5 millimètres de diamètre au centre de la cornée droite. Pas d'infiltration nette. L'ulcère est semblable à un ulcère par kératite neuro-paralytique. Dans la chambre antérieure, on constate un hypopion de 3 millimètres de hauteur qui démontre la soudure de l'angle de la chambre antérieure. Enucléation de l'œil droit.

Le 3 juin. La malade sort guérie.

OBSERVATION XVIII

Gros (Bericht über 170 Fälle Von Netzhautablösung.

Thèse Giessen, 1903.)

12 octobre 1897. K. S..., 71 ans, professeur, n'a jamais souffert, voyant bien de près et de loin après un refroidissement le 9 mai 1893, subit éblouissement de l'œil droit. Autrefois, il avait eu dans la polyclinique un décollement de la rétine incomplet en haut et en bas. Il y a quatorze jours, subite inflammation de l'œil droit et fortes douleurs de la tête.

O. D. Tonus de l'œil très augmenté. Glaucome, forte injection périkeratique. Dans la chambre antérieure le cristallin opacifié.

O. G. Pas d'inflammation. Début d'opacités rayonnées dans le cristallin.

17 octobre. Extraction du cristallin luxé.

28 octobre. Aspect grisâtre de la pupille, décollement de la rétine. Œil amaurotique.

OBSERVATION XIX

Docteur Thomas (de Tours). (*Archives d'ophtalmologie*,
Paris, 1897.)

M. B..., 17 ans, a eu à 7 mois blessure, éclat de verre O. G. Œil amaurotique dévié en dedans.

10 décembre 1894. Vagues douleurs.

30 décembre 1894. Glaucome, pupille dilatée, hypertonie. Derrière cristallin, dans région ciliaire, masse, immobile, colo-

ration jaunâtre mal limitée, ni coloration mélanique, ni vaisseaux.

La rétine ne peut être vue ailleurs. Lésions anciennes de la pupille (dilatation Ectropion de l'uvée) on fait diagnostic de néoplasme à cause de :

1^o Siège de la saillie à la partie supérieure ;

2^o Sa fixité absolue ;

3^o L'absence de vaisseaux ;

4^o Hypertonie.

Caractères dus à la perte de transparence de la rétine et sa fixation par des exsudats de certaine densité.

La ponction et l'éclairage de contact ne furent pas fait. On pratiqua la sclérotomie à cause de la profondeur de la chambre antérieure. Accalmie.

Les douleurs reparaissent plus violentes, aspect congestif de l'œil plus intense. Enucléation.

OBSERVATION XX (personnelle.)

M. D..., Charles, 60 ans, cordonnier.

Antécédents familiaux. Père mort à 60 ans. A souffert des yeux sans que le malade puisse préciser la nature de la maladie. Mère morte accidentellement à 70 ans.

Deux frères morts. Deux sœurs bien portantes. Rien à signaler. Il faut remarquer la polyléthalité des enfants du malade. Il a eu quatorze fils ou filles. Sur ces quatorze enfants, il n'en reste que trois. Les neuf premiers sont morts en bas âge ou d'attaques d'épileptie. Sa femme a de plus fait deux fausses couches. Le onzième enfant est mort également.

Antécédents personnels. D... dit n'avoir jamais été malade et notamment n'avoir jamais eu de maladie vénérienne.

Rien dans son histoire ne rappelle la syphilis.

Examen des appareils. Le cœur bat régulièrement et sans souffles orificiels. Le poumon gauche présente quelques petits râles sous-crépitaux au sommet. Le système nerveux paraît normal. Le réflexe rotulien est conservé. L'examen des urines est négatif pour le sucre et l'albumine. Il n'existe pas de signes d'albuminurie. Le malade se plaint cependant de pollakiurie diurne (10 mictions par jour environ). Léger tremblement des mains, rêves assez fréquents, quelques pituites matinales.

Antécédents oculaires. Le malade ne s'était jamais plaint de la vue. Il voyait de près et était bien classé pour le tir au régiment.

Il y a sept ans, une cécité subite et complète est apparue brusquement. Le malade n'a pu rentrer chez lui qu'avec l'aide de ses voisins. Puis, au bout d'une heure, la vue est revenue progressivement de bas en haut « comme lorsqu'on remonte les volets d'une boutique et que l'on découvre la devanture ». Depuis le malade a vu des mouches et des papillons, des tâches grises qui montent et qui descendent.

Le phénomène persistant encore aujourd'hui dans l'œil droit.

Il y a quatre ans, sensations lumineuses dans l'œil gauche seulement, lueurs tantôt en dehors, tantôt en dedans. A maintes reprises, le malade a cru faussement que l'on allumait une lampe à côté de lui.

Le 2 mars 1906. D..., qui travaillait comme à l'ordinaire, s'aperçoit d'un brouillard qui obscurcit sa vue. En fermant son œil droit, il voit un arc-en-ciel lumineux. Quelques jours auparavant, l'œil gauche était rouge. Les yeux n'étaient pas collés, il n'y avait pas de sécrétion, il n'y a eu ni douleurs oculaires ni maux de tête.

Le 5 mars 1906. Le malade vient consulter à l'Hôtel-Dieu.

Sa fiche porte à cette date :

Œil gauche : Décollement supéro-externe de la rétine, trouble du vitré, opacité du cristallin. V = les doigts à 0 m. 50.

Œil droit : Opacités du cristallin. V. = 1/50.

Le 16. Première injection NaCl.

Le malade reste trois semaines dans le service. L'état s'améliore et il quitte l'hôpital pour revenir se faire faire des piqûres. On lui fait ainsi vingt injections sous-conjonctivales.

Il y a six semaines, la vision diminue dans l'œil gauche, surtout le soir. Pendant toute cette période il n'est rien survenu de nouveau.

Le malade n'a pas souffert des yeux.

Pas de sécrétions. Pas de rougeur. Pas de douleur.

Examen pratiqué le 4 octobre 1906.

O. G. Les paupières et la conjonctive sont normales.

La pupille est petite et déformée. Elle est fixée par des synéchies postérieures qui la rendent immobile aux excitants ordinaires. L'atropine ne la dilate pas.

On constate sur la cristalloïde antérieure un dépôt circulaire du pigment.

La chambre antérieure est diminuée de profondeur.

Le cristallin opacifié est le siège d'une cataracte capsulaire à peu près complète.

La perception lumineuse est mauvaise dans la moitié supérieure du champ visuel.

Le tonus est notablement diminué.

V = les doigts à 0 m. 50.

O. D. La pupille est agrandie et légèrement déformée. Elle réagit à la lumière et à l'accommodation; on provoque un léger réflexe consensuel en excitant la rétine de l'œil gauche.

La chambre antérieure est normale. Le cristallin présente un début de cataracte.

Le fond de l'œil n'est pas visible.

La skiascopie donne — 3.

$$V = 0.4 - 3.$$

OBSERVATION XXI (personnelle).

Kau..., 45 ans.

A été longtemps très fortement myope des deux yeux.

O. G. D'après les dires de la malade, cet œil a eu sa vision abolie en huit jours, après des phénomènes lumineux, éclairs divers, et la malade étant au septième mois d'une grossesse, pendant laquelle elle eut de l'albuminurie. Depuis, son œil n'a jamais été douloureux. Cet œil a perdu la vision il y a vingt ans. La malade n'a jamais subi aucun traitement.

A. P. A eu, il y a vingt ans, une attaque de rhumatismes, depuis n'en a plus présenté.

O. D. Enorme staphylome 4 ou 5 fois, aussi étendu que la pupille. Vaisseaux très petits. Atrophie choroïdienne. Plaque de choroïdite assez grosse à la périphérie.

En dedans, peut-être un début de soulèvement.

Rien à la conjonctive ni à la cornée. La chambre antérieure n'est pas plus profonde que normalement. L'iris présente une coloration normale. Il y a iridodonésis.

Le cristallin est opacifié, il est très blanc et luxé en bas, en dedans et en arrière. On ne voit plus que sa partie supérieure par l'orifice pupillaire.

A l'examen ophtalmoscopique on constate un décollement rétinien total. On constate très nettement un reflet gris, surtout à la partie interne à l'examen direct avec éclairage latéral.

Les tonus est normal des deux côtés.

O. G. V. = 0

O. D. V. = 1/10.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Mme C..., 30 ans. Elle voyait, dit-elle, mal de loin.

O. D. Il y a quatre ans, ne voit plus brusquement de l'œil, droit. Décollement de la rétine. Depuis, la vision de cet œil ne s'est pas améliorée. Un an après le début a une iritis dans cet œil droit qui est soigné et guérit.

O. G. Présente des troubles quelques mois après l'œil droit, troubles qui s'accroissent, puis le malade peu se diriger de moins en moins mais conserve une assez bonne acuité visuelle.

Elle a été traitée par les injections de pilocarpine.

Etat général : Rien à signaler.

A été opérée, dit-elle, à plusieurs reprises de « boules » qui venaient sur sa tête.

17 décembre 1906.

O. D. Complète séclusion pupillaire.

Cataracte : Fond d'œil inéclairable. Tonus diminué. Pas de perception lumineuse.

O. G. Synéchies postérieures. Rétinite proliférante. Traces d'hémorragies abondantes et assez étendues. Tonus diminué. Pas de perception lumineuse.

OBSERVATION XXIII

Erick Nordenson. (*Die Netzhautablösung unter suchungen über deren pathologische anatomie und pathogenese. Wiesbaden, 1887*).

Homme de 25 ans, avec myopie de 3 d.

O. G. Subit trouble de la vue de l'œil gauche, après six jours décollement de la rétine en haut. Après quatre semaines iritis.

Éclaircissement du vitré après douze semaines, en bas en dedans rupture de la rétine décollée. Les années suivantes avec douleurs. Séclusion pupillaire et finalement augmentation de pression et amaurose. Énucléation.

31 mars 1883. Troubles visuels.

6 avril 1883. O. G. Décollement de la rétine. Tonus normal.

28 avril. Iridodonesis, iris vert décoloré, iritis, troubles du vitré.

22 septembre. Douleurs qui augmentent.

20 octobre 1884. Forte injection, chambre antérieure, profondeur normale, iris décoloré, cataracte, amaurose.

4 octobre. Énucléation de l'œil gauche à cause de vives douleurs.

O. D. Staphylome postérieur. Dilatation moyenne de la pupille.

OBSERVATION XXIX

Gros. (*Bericht über 170 Fälle Von Netzhäutablösung.*

Thèse Giessen, 1903.)

22 février 1894. Ch. S..., 21 ans, maçon, myope.

Il y a un an, lésion de l'œil gauche causée par de la chaux, depuis mauvaise vision.

O. G. Nombreux troubles du vitré, décollement de la rétine en haut, en bas, en dedans. V = les doigts à 10 centimètres.

O. D. avec 20 D. V = 0,2.

24 février. Ponction, le décollement persiste.

9 octobre 1900. Amaurose. Cataracte.

OBSERVATION XXX

Gros. (*Bericht über 170 Fälle von Netzhäutablösung.*
Thèse Giessen, 1903.)

2 novembre 1898. Mathilde A..., 38 ans. A l'âge de sept ans, la malade eut mal aux deux yeux, en même temps qu'un gros abcès au cou, elle resta six semaines au lit, d'après cela elle semble avoir été complètement aveugle. Peu à peu elle recouvra la vision, elle ne pouvait cependant plus bien voir de loin; à l'âge de douze ans, elle avait eu des abcès dans l'arrière-gorge.

A la fin de 1890, l'œil droit fut malade avec fortes douleurs et rougeurs. La vision devient si mauvaise que la patiente ne pouvait que percevoir la lumière; bientôt l'œil gauche fut aussi malade. Depuis le 8 décembre 1890, jusqu'à aujourd'hui, elle est venue quatre fois dans la clinique et a été soignée pour kératite parenchymateuse des deux yeux et décollement de la rétine de l'œil droit.

Syphilis héréditaire. Dent d'Hutchinson.

O. D. Cataracte corticale postérieure, on voit la pupille en faisant regarder en dedans. Tout près de la papille se trouve le décollement, là encore peu profond, en dedans auprès de cela, la rétine est décollée profondément en bas et en haut comme un voile.

O. G. Cataracte staphylome postérieur, vieille choroïdite centrale avec très gros points atrophiques et accumulation de pigments épais.

O. D. Perçoit mouvement de la main.

OBSERVATION XXXI

(docteur Bichon. Paris 1906.)

G... Léonie, 38 ans.

A. H... Parents morts.

Père était myope.

A. P... La malade est myope depuis son enfance.

Elle a eu deux fausses couches et quatre enfants nés vivants.

Une fausse couche de deux mois.

Une fausse couche de six semaines.

Des quatre enfants, deux sont morts, l'un à vingt-deux mois à la suite de brûlures, et l'autre à quatre semaines, d'une maladie que la mère ignore : l'enfant était couvert de boutons sur tout le corps.

La malade prétend n'avoir jamais eu de maladie. Cependant elle a toujours été très faible.

Il y a onze ans, la vision de l'œil droit diminue tout à coup. La malade n'y voit presque plus de cet œil, l'œil gauche restant indemne. Elle est alors opérée par M. Galezowski : la malade ne peut donner aucun renseignement sur l'opération qu'on lui a faite. Elle avait un décollement de la rétine.

A la suite de cette opération, la vision ne s'améliore pas.

Il y a un an, la malade s'aperçut que la vision de l'œil gauche, qui jusqu'alors n'avait pas changé, baisse rapidement. Elle va consulter M. de Wecker, qui lui fait des piqûres intramusculaires de sublimé.

Elle vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 18 décembre 1905.

Examen. O. D. Décollement de la rétine. Opacités du cristallin.

V. Distingue la main à un mètre.

O. G. Staphylome postérieur s'étendant du côté temporal.

Dépigmentation diffuse.

Flocons du vitré.

$$V = \frac{1}{4} \text{ avec } - 6$$

Skiascopie : OG = — 9

CONCLUSIONS

I. — Dans un œil atteint de décollement de la rétine depuis un temps plus ou moins long, il peut survenir des complications qui font souffrir le malade et font perdre les dernières chances de guérison de cet œil.

Les principales de ces complications sont : l'iritis, l'iridocyclite, l'irido-choroïdite, le glaucome et la cataracte.

II. — Ces complications varient de fréquence et de gravité, selon l'étiologie du décollement de la rétine. Décollement par tumeur, décollement traumatique, décollement par infection.

III. — Les causes principales de ces complications doivent être recherchées dans les infections générales, en particulier dans la syphilis

IV. — On a accusé les divers traitements de produire ces complications, il y a lieu de distinguer le traitement médical et le traitement chirurgical, le premier ne peut avoir aucune influence nocive.

V. — En ce qui concerne le traitement chirurgical, on a vu des complications critiques suivre le traitement chirurgical le plus simple, comme les injections sous-conjonctivales, elles peuvent être particulièrement redoutables à la

suite des ponctions sclérales, surtout si elles sont suivies ~~de même~~ d'injections médicamenteuses.

Il faut donc être très prudent au sujet de l'application de ces méthodes, dont l'efficacité est douteuse. Lorsqu'on se décidera à pratiquer ces opérations, il sera bon de faire en même temps un traitement général pour combattre la maladie infectieuse ou la diathèse, cause du décollement.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
DE LAPERSONNE.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer.
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Traitement des décollements de la rétine pour les injections iodées. *Huitième session de la Société française d'ophtalmologie*, 1890.
- ANGELLUCCI. — Fonctions nutritives de l'œil. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. II.
- Les lois qui régissent la sécrétion de l'humeur aqueuse et les conséquences de leur perturbation. *XVI^e Congrès de la Société italienne d'ophtalmologie*. Florence, 1902.
- BICHON. — Du rôle des maladies infectieuses et en particulier de la syphilis dans la myopie progressive. *Thèse, Paris*, 1906.
- BUFFIÈRE. — Sur le traitement des décollements de la rétine par les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium. *Thèse, Bordeaux*, 1905.
- CANTONNET. — Contribution à l'étude des échanges osmotiques entre les tumeurs intra-oculaires et le plasma sanguin. *Thèse, Paris*, 1905.
- La région papillo-maculaire et la périmétrie des couleurs dans le décollement rétinien. *Archives d'ophtalmologie*, 1906.
- DE LAPERSONNE. — De l'examen du champ visuel dans le décollement de la rétine. *Bulletin médical du Nord*, Lille, 1887.
- Syphilis et Myopie. *Presse médicale*, 28 décembre 1905.
- DIANOUX. — Traitements des décollements de la rétine par les injections de sérum sucré. *Clinique ophtalmologique*. Paris, t. X.

DOR. *Lyon médical*, mars 1902.

DRANSART. — Rapport clinique et pathogénique entre la myopie et le glaucome. *Annales d'oculistique*, 1884.

DRUAULT. — Un cas de décollement de la rétine suivi de glaucome. *Archives d'ophtalmologie*, 1899.

DUFOUR et GONIN. — *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. IV.

FUCHS. — *Manuel d'ophtalmologie*, 3^e édition.

GALEZOWSKI. — De la curabilité du décollement de la rétine et de son traitement par l'aspiration du liquide sous rétinien. *Recueil d'ophtalmologie*, 1888.

— *Recueil d'ophtalmologie*, 1884 et 1895.

VON GRAEFE. — Zur prognosse der Netzhautablösung. *Archives für ophtalmologie*, 1857.

GROS OTTO. — Bericht über 170. Fälle von Netzhautablösung. *Thèse, Giessen*, 1900.

GUAITA. — L'ésérine dans le décollement de la rétine. *Annales d'oculistique*, 1887.

HORSTMANN. — Über der Verlauf der spontane Netzhautablösung. *Bericht XXI. Session de la Société d'ophtalmologie d'Heidelberg*, 1891.

JOCQS. — Les notions nouvelles sur l'isotonie et l'osmose appliquées au traitement du décollement de la rétine. *Clinique ophtalmologique. Paris*, 1906.

LAGRANGE. — Un cas de décollement de la rétine d'origine infectieuse. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1897.

LEQUES. — Décollement rétinien d'origine palustre. *Recueil d'ophtalmologie*, 1906.

NICATI. — L'hydrostatique oculaire. *Archives d'ophtalmologie*, 1900.

— Recollement de la rétine consécutif à la formation d'une cataracte secondaire et à la résorption spontanée de cette cataracte. *Clinique ophtalmologique. Paris*, 1904.

NORDENSON. — *Die Netzhautablösung untersuchungen uber*

deren pathologische anatomie und pathogenese. Wiesbaden, 1887.

PARSONS. — Frubablosung der netzhant bei sarkom der chorioidea. *Klinische monatsblätter für augenheilkunde*, 1905.

PLAZY. — Le traitement des décollements de la rétine. *Thèse, Bordeaux*, 1905.

PUECH. — Note sur la valeur symptomatique de l'iridocyclite dans les décollements antérieurs de la rétine. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1888.

PONCET. — Enquête sur les décollements de la rétine. *Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 1887.

TERSON. — Décollement de la rétine et paludisme. *Clinique ophtalmologique. Paris*, 1903.

THOMAS. Décollement de la rétine avec glaucome simulant un néoplasme dans un œil anciennement traumatisé. *Archives d'ophtalmologie. Paris*, 1897.

VIEUSE. — Remarque sur la marche et la terminaison de certains décollements. *Recueil d'ophtalmologie. Paris*, 1876.

WERNICKE. — Contribution clinique et expérimentale au traitement opératoire du décollement de la rétine. *Klinische monatsblätter für augenheilkunde*, février 1906.

